

Consentimiento informado para la utilización de material biológico humano y/o datos destinados al Biobanco PoblAr

HOJA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO

He comprendido la información que me han proporcionado, han respondido mis dudas y por consiguiente elijo colaborar con el **Biobanco PoblAr** de acuerdo a lo explicado en la hoja de Información al/la Participante.

El personal responsable del proyecto garantiza mi acceso a cualquier información adicional que solicite sobre el estudio, así como mi derecho de desistir en mi participación como voluntaria/o en cualquier momento de la investigación, sin que esa decisión tenga ninguna consecuencia para mi persona, siendo garantizado el sigilo sobre mis datos individuales, resguardados por la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales. Siendo voluntaria/o, mi participación en este estudio no representará ningún perjuicio ni beneficio económico.

Por ello, selecciono las opciones apropiadas a mi decisión mediante un círculo y firmo a continuación.

Confirmando que:

1. Autorizo a que el material biológico y/o los datos que brinde sean utilizados para investigación de acuerdo con lo previsto en la hoja de Información para el/la Participante.

SI/NO

2. Autorizo a que me contacten nuevamente frente a las situaciones que se consideren necesarias.

SI/NO

Teléfono (celular) y/o E-mail de contacto:

Firma del/la participante: _____

Aclaración de la firma

Nombre completo:

Apellido completo:

DNI:

Fecha: ____/____/____

Compromiso del/la responsable de tomar el consentimiento informado

Presenté en forma clara y cabal toda la información arriba detallada, con cada participante del estudio, detallando los riesgos, beneficios y obligaciones relacionadas a este proyecto de biobanco.

Firma de la/el responsable del proyecto

Aclaración de la firma

Nombre completo:

Apellido completo:

DNI:

Fecha: ____/____/____

Información de contacto

Si en el transcurso de la investigación surgen dudas o preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a la Dra. Paula N. González al teléfono **+54 (011) 4210-9000 int. 8013** o a la dirección de email enys@conicet.gov.ar

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación Hospital El Cruce, Inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación – Ministerio de Salud de La Provincia de Buenos Aires con fecha 05/11/2010, Reacreditado con fecha 01/11/2013 bajo el N°023/2010, Folio 62, Libro de Actas N°1.

Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante de la investigación puede contactarse con el Comité de Ética en Investigación Hospital El Cruce, secretaria Soledad Giargei. Av Calchaqui 5401 (B1888AAE), Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Teléfono: 011 4210 9000 interno 1540. Horarios de Atención: lunes a viernes de 9 a 13 hs.

