

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

Recopilación de datos estandarizados para pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia curativa primaria, radioterapia postoperatoria o radiación con quimioterapia (SDC pulmón).

Se me solicitó que participara en el estudio clínico. Mi médico tratante me explicó cuál es el propósito del estudio. También me explicó cuáles son los procedimientos durante el estudio y lo que se espera de mí.

He leído y entendido la información para el paciente que se me ha entregado. Se me ha informado acerca de los posibles beneficios e inconvenientes para mí por participar en el estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he tenido tiempo para pensar sobre mi posible participación.

Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria. También sé que puedo dejar de participar en el estudio en cualquier momento y que esto no afectará de ninguna manera a mi tratamiento o asistencia médica en este hospital.

Autorizo a que se utilicen mis datos personales para este estudio según lo especificado en la hoja de información anexa. Entiendo que toda la información personal se almacena de forma totalmente confidencial y que se procesará de acuerdo con las leyes nacionales.

Por la presente declaro que participo voluntariamente en el estudio anteriormente mencionado.

☐ Autorizo a que se me tome una muestra de saliva, tal y como se describe en la información para el paciente adjunta, que se recoge y se utiliza en este estudio. Entiendo que esta muestra será almacenada, procesada y analizada confidencialmente de acuerdo con las leyes nacionales.

Nombre del paciente:

.....

Firma:

.....

Fecha de nacimiento:

.....

Fecha:

.....

---

Yo (el abajo firmante) confirmo que he explicado al paciente el propósito, el procedimiento y los riesgos del estudio, que el paciente ha tenido la posibilidad de plantear preguntas sobre el estudio y que todas las preguntas que han sido formuladas por el paciente han sido respondidas según mi mejor saber y entender, así como que el paciente ha entendido esta información. Confirmo que no se ha presionado al paciente para dar su consentimiento y que el consentimiento fue dado voluntariamente.

Nombre del médico tratante:

.....

Firma:

.....

Fecha:

.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

Recopilación de datos estandarizados para pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia curativa primaria, radioterapia postoperatoria o radiación con quimioterapia (SDC pulmón).

Se me solicitó que participara en el estudio clínico. Mi médico tratante me explicó cuál es el propósito del estudio. También me explicó cuáles son los procedimientos durante el estudio y lo que se espera de mí.

He leído y entendido la información para el paciente que se me ha entregado. Se me ha informado acerca de los posibles beneficios e inconvenientes para mí por participar en el estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he tenido tiempo para pensar sobre mi posible participación.

Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria. También sé que puedo dejar de participar en el estudio en cualquier momento y que esto no afectará de ninguna manera a mi tratamiento o asistencia médica en este hospital.

Autorizo a que se utilicen mis datos personales para este estudio según lo especificado en la hoja de información anexa. Entiendo que todos los datos de carácter personal se almacenan y procesan con estricta confidencialidad y de acuerdo con las leyes nacionales.

Por la presente declaro que participo voluntariamente en el estudio anteriormente mencionado.

☐ Autorizo a que se me tome una muestra de saliva, tal y como se describe en la información para el paciente adjunta, que se recoge y se utiliza en este estudio. Entiendo que esta muestra será almacenada, procesada y analizada confidencialmente de acuerdo con las leyes nacionales.

Nombre del paciente:

.....

Firma:

.....

Fecha de nacimiento:

.....

Fecha:

.....

---

Yo (el abajo firmante) confirmo que he explicado al paciente el propósito, el procedimiento y los riesgos del estudio, que el paciente ha tenido la posibilidad de plantear preguntas sobre el estudio y que todas las preguntas que han sido formuladas por el paciente han sido respondidas según mi mejor saber y entender, así como que el paciente ha entendido esta información. Confirmo que no se ha presionado al paciente para dar su consentimiento y que el consentimiento fue dado voluntariamente.

Nombre del médico tratante:

.....

Firma:

.....

Fecha:

.....