

**El Sistema de Salud de Monte Sinai**  
**Formulario de Consentimiento Para Ser Voluntario En Un Estudio de Investigación y**  
**Autorización Para el Uso y Divulgación de la Información Médica**  
**Icahn Escuela de Medicina de Monte Sinai**



**Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110**

1. ¿Otorga usted su permiso, para coleccionar, almacenar y usar ejemplares de tejidos que usted done, así como ha sido descrito en los párrafos antes mencionados?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

(Si la respuesta a la pregunta # 1 es ‘No’, por favor firme, feche, y escriba su nombre al final de la forma de consentimiento, sin contestar ninguna de las siguientes preguntas, y mándelo de regreso a nosotros.

2. ¿Da usted su permiso para que su doctor de cabecera o cirujano nos deje saber cuándo usted va someterse a exámenes quirúrgicos o tratamiento para una enfermedad relacionada a los asbestos mesotelioma?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

3. ¿Da usted su permiso para que su sindicato nos deje saber cuándo usted se someta a exámenes quirúrgicos o tratamiento por asbestos o mesotelioma?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No me aplica

4. ¿Nos da usted su permiso para contactar, en el futuro, a sus doctores/ o cualquier centro médico en el que usted haya sido aceptado para tratamiento o diagnóstico de condiciones médicas relacionadas a los asbestos, si hay preguntas sobre su salud que usted no puede contestar, de tal manera que nosotros podamos obtener información sobre su status de salud?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

5. ¿Nos da usted permiso para tomar y almacenar 6 cucharaditas de su sangre, si no sobra sangre de la tomada ya sea antes o después de la cirugía, o de la sangre tomada después de la cirugía como parte de su tratamiento clínico de rigor o si su tratamiento no estableciera tomar ejemplares de sangre como parte de su tratamiento clínico de rigor?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

6. ¿Nos da usted du permiso para contactarle con el objetivo de explicarle cualquier estudio futuro, de manera que usted este completamente informado antes de dar su aprobación para participar?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea “Si” o “No”) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**This Section For IRB Official Use Only**

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)

Form Approval Date: **1/01/2018**

**DO NOT SIGN AFTER THIS DATE →**

**12/31/2018**



Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110

7. En caso de que investigaciones conducidas usando sus tejidos resultaran en descubrimientos genéticos que fueran subsecuentemente confirmados por otro laboratorio y que el comité de consejeros científicos del banco de tejidos (formado por doctores, investigadores y representantes de las organizaciones de los trabajadores) considerara de ser de importancia suficiente para que usted sea informado, ¿quiere usted saber los resultados, si nos fuera permitido divulgarlos por las reglas federales, estatales e institucionales vigentes?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea "Si" o "No") \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

8. En el caso de su muerte, ¿estaría usted de acuerdo de conceder permiso a los miembros de su familia para tener el acceso a sus registros de investigación de este estudio, en la medida permitida por los reglamentos y leyes pertinentes?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea "Si" o "No") \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No me aplica

Si usted decide participar en este estudio, nosotros necesitaremos mantener contacto con usted, y nos interesa saber como está usted una vez al año por teléfono.

9. ¿Da usted permiso de contactarle periódicamente, de mantener contacto con usted y de saber su estado de salud?

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea "Si" o "No") \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

10. ¿Da usted permiso de contactar a su sindicato si perdiéramos contacto con usted y a su sindicato de proveernos información de contacto si les estuviera al alcance/

(Por Favor escriba sus iniciales ya sea "Si" o "No") \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No me aplica

**SUS RESPONSABILIDADES SI PARTICIPA EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:**

Si usted decide participar en este banco de tejidos usted no tendrá ninguna responsabilidad. Sin embargo, el banco de tejidos será más efectivo si podemos obtener sus tejidos si usted se somete a algún examen (por ejemplo una biopsia, toracoscopia) o tratamiento (por ejemplo cirugía) para mesotelioma o cáncer del pulmón. Para nosotros poder hacer eso, necesitamos que usted nos deje saber si va a ser examinado, si usted das u consentimiento para tomar ejemplares de sangre, usted también se podrá someter a toma de ejemplares de sangre.

**COSTOS O PAGOS QUE PODRÍAN SURGIR A RAÍZ DE LA PARTICIPACIÓN:**

Ni usted ni su compañía de seguros incurrirá en ningún costo asociado con la investigación de este banco de tejidos. Usted no recibirá ninguna compensación financiero por su participación en este banco de tejidos.

**This Section For IRB Official Use Only**

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)

Form Approval Date: **1/01/2018**

DO NOT SIGN AFTER THIS DATE →

**12/31/2018**



Nº de identificación del estudio: 09-2025 Fecha de la versión del formulario: 20151110

**Sección para la firma para un adulto apto**

Su firma a continuación documenta su permiso para tomar parte en este estudio de investigación y para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Recibirá una copia firmada y con fecha

NO FIRME ESTE FORMULARIO DESPUES DE ESTA FECHA

→

12/31/2018

\_\_\_\_\_  
Firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto

**Persona que explica el estudio de investigación y obtiene el consentimiento**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

**Si la persona no puede leer, se requiere que esté presente un testigo para presenciar el proceso y documento de consentimiento a continuación:**

*. Mi firma a continuación documenta que le explicaron claramente la información en el documento de consentimiento y cualquier otra información escrita al sujeto, y él o ella aparentemente lo ha entendido y dicho consentimiento fue dado libremente por el sujeto*

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo del proceso de consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que es testigo del proceso del consentimiento

**This Section For IRB Official Use Only**

This Consent Document is approved for use by an Institutional Review Board (IRB)

Form Approval Date: 1/01/2018

DO NOT SIGN AFTER THIS DATE →

12/31/2018

# Hoja de Información de Contacto de Banco de Tejidos

Necesitamos la siguiente información de contacto para acompañar el formulario de consentimiento para ambos propósitos de consentimiento (tenemos que llamar (una vez) para confirmar su consentimiento si usted no se consintiera en persona **y** comprobar que tenemos su dirección correcta así podemos enviarle una tarjeta de inscripción.

## Información de contacto (*por favor imprima*):

<b>Apellido</b>	
<b>Primer Nombre</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad, Estado y Código Postal</b>	
<b>Numero de Telefono</b>	
<b>Numero de Telefono alternativo (opcional)</b>	
<b>Reg. No. (si miembro)</b>	

Por favor envíe esta hoja de información junto con su formulario de consentimiento completado:

Professor Andy Todd  
Icahn School of Medicine at Mount Sinai  
1 Gustave L. Levy Place, MAIL STOP 1057  
New York, NY 10029-6574