

Formulario de Consentimiento Padres/Tutores

Gracias por leer la información sobre donación de muestras a VIVO Biobank para la investigación del cáncer. Tenga en cuenta que esto es independiente de cualquier ensayo clínico en el que su hijo pueda estar invitado a participar. Si desea formar parte de este estudio, por favor, coloque sus iniciales en las casillas correspondientes.

Nº de Paciente



1. He leído y entiendo el folleto informativo para padres/tutores (versión 1a, junio de 2023) y he podido hacer preguntas. Todas mis dudas han sido resueltas de manera clara. ☐
2. Autorizo que las muestras de mi hijo (que no sean necesarias para su atención médica) sean almacenadas por VIVO Biobank. Estas muestras solo se utilizarán en proyectos de investigación con aprobación ética para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del cáncer. ☐
3. Autorizo que se almacenen muestras adicionales tomadas al mismo tiempo que las muestras clínicas en VIVO Biobank. Estas muestras solo se utilizarán en proyectos de investigación con aprobación ética para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento del cáncer. ☐
4. Entiendo que participar es voluntario y que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin necesidad de dar una razón y sin que esto afecte el tratamiento médico o los derechos legales de mi hijo. Si retiro el consentimiento, las muestras y los datos serán eliminados, a menos que ya hayan sido utilizados en alguna investigación. ☐
5. Autorizo que la información clínica de mi hijo contenida en sus registros médicos sea facilitada y almacenada de forma segura en la base de datos de VIVO Biobank con fines de investigación. Entiendo que VIVO Biobank mantendrá esta información confidencial en todo momento y la almacenará de manera segura conforme a las regulaciones de protección de datos vigentes. La información solo será proporcionada a investigadores de manera que proteja la identidad de mi hijo. ☐
6. Entiendo que la información almacenada y administrada por los registros nacionales de salud puede ser usada para obtener datos sobre la salud de mi hijo. ☐
7. Autorizo que el tejido y los datos clínicos de mi hijo, recopilados por VIVO Biobank, se asocien con datos genómicos generados y almacenados por NHS England / Genomics England y/u otros laboratorios clínicos. ☐
8. Acepto que el material genético de mi hijo, como su ADN, sea extraído de las muestras almacenadas en VIVO Biobank y analizado con fines de investigación. ☐
9. Entiendo que las muestras y/o los datos de mi hijo, incluidos los datos publicados, pueden estar disponibles para investigadores en todo el mundo, incluyendo países que no cuentan con leyes de protección de datos similares a las del Reino Unido, pero que no se compartirá ninguna información personal identificable. ☐
10. Entiendo que no se me informarán los resultados de proyectos de investigación individuales. Si la investigación arroja resultados que puedan afectar el tratamiento de mi hijo, autorizo que esta información sea comunicada a su médico para discutir la mejor opción de tratamiento. ☐
11. Entiendo que ni mi hijo ni yo recibiremos compensación económica por la donación de sus muestras, incluso si estas contribuyen a investigaciones que den lugar al desarrollo de nuevos tratamientos o pruebas médicas. ☐

Opcional

12. Autorizo que las muestras y datos de mi hijo sean utilizados en investigaciones aprobadas éticamente que impliquen el uso de animales y que el material de sus muestras pueda ser transferido a animales.
13. Por favor, indique su elección colocando sus iniciales en una de las siguientes casillas:

Sí

☐

No

☐

Nombre del padre /tutor
(MAYÚSCULAS)

Firma

Fecha

Nombre del menor (EN MAYÚSCULAS)

Firma

Fecha

Responsable del consentimiento

Firma

Fecha

1 copia en el expediente del centro, 1 copia para el padre/tutor/paciente, 1 copia para los registros médicos.

Consent Form (Parent / Guardian) version 1a June 2023 IRAS no.327843