



CONSENTIMIENTO INFORMADO ADICIONAL SOBRE EL ALMACENAMIENTO Y USO DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS POSTERIORES

Este es un consentimiento adicional al proyecto titulado **XXXXXXXXXXXX**

Los investigadores **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, le informamos que usted puede negarse a autorizar el almacenaje de las muestras, u oponerse al empleo de dichas muestras, sin pérdida de beneficios. El estudio de investigación actual no será afectado de ninguna manera; Asimismo puede retirar el permiso otorgado en cualquier momento del proceso, sin perjuicio alguno. Para este fin, debe manifestarlo por escrito al investigador principal su intención. La continuación o participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Toda la información que se recolecte durante este estudio será mantenida bajo custodia por parte del investigador y su identificación no se divulgará a personas no relacionadas con este proyecto de investigación, sin que yo lo haya autorizado por escrito.

La recopilación y presentación de información médica y odontológica respetará estrictamente los estándares profesionales de confidencialidad. Esta información podrá ser usada con fines de enseñanza e investigación respetando dicha confidencialidad.

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

El (la) doctor(a) _____ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace, la utilidad de esta investigación y cómo van a ser empleadas las muestras obtenidas.

Si alguna muestra de (**TIPO DE MUESTRA, por ejemplo, sangre, tejido, esputo**) que he proporcionado para este proyecto de investigación se emplea o genera excedentes, cuando haya culminado el proyecto, manifiesto que:

El participante debe escoger una de las posibles opciones, señalándola con una X

- Deseo que mi muestra de sea destruida de inmediato.
- Deseo que mi muestra de se destruya después de ___ años.
- Autorizo a que mi muestra de sea almacenada indefinidamente.

Y (si la muestra es almacenada)

- Autorizo a que mi muestra de sea almacenada y se use en investigación futura, pero sólo con el mismo objetivo del proyecto de investigación actual: _____
- Autorizo a que mi muestra de sea almacenada y se use en investigación futura de cualquier tipo que haya sido adecuadamente aprobada.

_____ Autorizo a que mi muestra de sea almacenada y se use en investigación futura, excepto en investigación sobre _____

Así mismo:

_____ Deseo que no se conozca mi identidad en la muestra de

_____ Deseo que mi identidad se conozca con mi muestra de

Manifiesto que estoy de acuerdo en no recibir ningún beneficio monetario por mi participación en este estudio.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por lo tanto, YO: con documento de identidad _____ expedido en _____, doy mi consentimiento para que el (la) Dr. (Dra.) _____ y el personal auxiliar que se requiera, utilicen las muestras de la forma anteriormente descrita.

Manifiesto que he recibido copia del presente documento, el cual consta de _____ páginas.

Lugar y fecha: _____

Firma del participante: _____

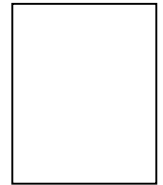
Nombre del participante: _____

C.C. # _____ de _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Huella



Firma del Investigador: _____

Nombre: _____

Registro profesional # _____ C.C. # _____ de _____

Firma del testigo # 1: _____

Nombre del testigo # 1: _____ C.C. # _____ de _____

Teléfono: _____

Firma del testigo # 2: _____

Nombre del testigo # 2: _____ C.C. # _____ de _____

Teléfono: _____

Este consentimiento informado ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC.