

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,
 APELLIDOS.....
 NOMBRE.....
 HISTORIA CLINICA / Registro

He sido informado por.....

ETIQUETA

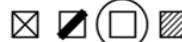
Declaro que he recibido información adecuada sobre:

- Lo que implica mi participación en la **COHORTE PROFESIONALES VALDECILLA**, de la Cohorte Cantabria, y en el estudio “Valdecilla sin COVID, libre de hepatitis”, sus objetivos y la información sobre el procesamiento y almacenamiento de los datos personales y las muestras biológicas;
- La obtención de datos a partir de entrevistas y/o cuestionarios relacionados con mi salud, hábitos de vida, trabajo, etc.
- Que mi participación es voluntaria y altruista;
- Los beneficios e inconvenientes del proceso;
- La finalidad para la que se utilizarán tanto mis muestras como mis datos personales en este proceso y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente, así como de la posibilidad de ceder a terceros las muestras para futuros proyectos de investigación que cumplan con las exigencias éticas y legales aplicables;
- Que mis muestras y datos personales serán proporcionados de forma pseudonimizada a los investigadores que trabajen con ellas;
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar la supresión de mis datos personales y muestras custodiados en IDIVAL;
- Que tengo derecho de ejercitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y en ciertos supuestos también la portabilidad y olvido de mis datos personales archivados en IDIVAL;
- Que de acuerdo con los objetivos del estudio “Valdecilla sin COVID, libre de hepatitis”, podré ser contactado en el futuro para la actualización de los datos ya recogidos, o para la adquisición de nuevos datos y muestras de sangre, siempre con mi consentimiento previo;
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

MARQUE CORRECTAMENTE

Marque así en cuadrado

Así no marque



Y AUTORIZO,

PARTICIPAR EN LA COHORTE PROFESIONALES VALDECILLA dentro del proyecto COHORTE CANTABRIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La donación de una muestra de sangre al Biobanco Valdecilla y su utilización en posteriores proyectos de investigación.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La recogida de datos de salud sobre mi persona, a partir de los registros oficiales de salud (Historia Clínica, Seguridad Social, receta electrónica, etc.)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
La publicación de datos anonimizados en repositorios públicos derivados de estudios genéticos realizados sobre mis muestras.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se me informe sobre los resultados relevantes para mi salud derivados de análisis realizados sobre mi muestra biológica.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
A ser contactado en un futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos en la actualidad.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RESTRICCIONES DEL USO DE LA MUESTRA <i>Especifique a continuación si no desea que se utilice su muestra y datos asociados en algún uso concreto:</i>	
DATOS DEL PARTICIPANTE	DATOS DEL RESPONSABLE QUE INFORMA
D/Dña (<i>Nombre y apellidos</i>):	D/Dña (<i>Nombre y apellidos</i>):
Firma	Firma
En Santander, a de de 20.....	