

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

APELLIDOS.....

NOMBRE.....

HISTORIA CLINICA / Registro .....

He sido informado por.....

ETIQUETA

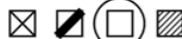
Declaro que he recibido información adecuada sobre:

- Lo que implica mi participación en el proyecto **COHORTE CANTABRIA**, 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., así como otros datos relacionados con los objetivos de la investigación, que serán recogidos a partir de los registros públicos de salud y otros registros, siempre con mi acuerdo y la autorización de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria;
- 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, en ciertos supuestos también la portabilidad y olvido a mis datos personales archivados en IDIVAL;
- Que de acuerdo con los objetivos del proyecto COHORTE CANTABRIA, 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,**

<b>PARTICIPAR EN LA COHORTE CANTABRIA</b>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>La recogida de datos de salud</b> sobre la 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"/>
<b>La donación de una muestra de sangre</b> al Biobanco Valdecilla, y su utilización en posteriores proyectos de investigación.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>La donación de los excedentes de tejido</b> diagnóstico al Biobanco Valdecilla, y su utilización en posteriores proyectos de investigación.	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>La publicación de datos anonimizados</b> en repositorios públicos derivados de estudios genéticos realizados sobre mis muestras	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Se me informe</b> sobre los resultados referidos a mi salud derivados de los estudios realizados sobre mi muestra biológica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>A ser contactado</b> 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"/>
<b>RESTRICCIONES DEL USO DE LA MUESTRA</b> <i>Especifique a continuación si no desea que se utilice su muestra y datos asociados en algún uso concreto:</i>	
<b>DATOS DEL PARTICIPANTE</b>	<b>DATOS DEL RESPONSABLE QUE INFORMA</b>
D/Dña ( <i>Nombre y apellidos</i> ):	D/Dña ( <i>Nombre y apellidos</i> ):
Firma .....	Firma .....
En Santander, a ..... de ..... de 20.....	

V2.20210406