

**PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO** BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

**Formulario A3a: Registro de Consentimiento para Uso de Muestra Biológica**

Centro: \_\_\_\_\_ ID del sujeto: \_\_\_\_\_

Fecha del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Visita No.: \_\_\_\_ Iniciales del examinador: \_\_\_\_

*INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por el personal clínico responsable de obtener consentimientos basado en un consentimiento existente en la clínica. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos de FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario A3aF.*

**Se debe completar uno de estos formularios por cada familiar que provee una muestra.**

**1. ¿De qué familiar se registra el consentimiento en este formulario?**

**NOTA:** “Desconocido” (9999) no es un valor aceptable para el año de nacimiento de hermanos o hijos. Si el año de nacimiento no se conoce, por favor provea un año aproximado en el **Formulario A3 de la Visita Inicial del UDS**, de manera que el hermano/a o hijo/a quede ubicado/a en el orden correcto de nacimiento en relación a otros hermanos e hijos.

**“Año de nacimiento del hermano/a” o “año de nacimiento del hijo/a” en este formulario DEBE concordar con el año de nacimiento que se anotó para dicha persona en el Formulario A3 de la Visita Inicial o Visita de Seguimiento del UDS y el Formulario A3F del Módulo FTLD (Si se aplica).**

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Hermano/a (año de nacimiento: \_\_\_\_\_ )
- 4 Hijo/a (año de nacimiento: \_\_\_\_\_ )

**Por favor indique si el familiar (arriba) dio su consentimiento para lo siguiente. No es necesario que las palabras sean idénticas, pero deben expresar explícitamente los mismos puntos.**

<b>1a.</b>	Permito que mi muestra quede almacenada y utilizada en investigaciones futuras de enfermedades neurológicas en (institución de origen).	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí
<b>1b.</b>	Permito que mi muestra quede almacenada y utilizada en futuras investigaciones en (institución de origen) para aprender sobre, prevenir y tratar otros problemas de salud.	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí
<b>1c.</b>	Existe una mínima posibilidad de que mi muestra en el Repositorio Nacional de Células para la Enfermedad de Alzheimer (NCRAD) resulte en algún valor comercial. Si esto llegara a ocurrir, no se me ofrecerá parte de la ganancia. Permito que (institución de origen) les facilite mi muestra a investigadores de otras instituciones.	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí