

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 Inicial, 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.

1a.	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
1b.	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
1c.	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