

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO (mayor de edad)

Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas para investigación al BICUIB

DECLARACIÓN DEL DONANTE:

Yo, D./Dña (nombre y apellidos) con DNI

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he podido hacer todas las preguntas que me ha suscitado mi donación al Biobanco.

Que he sido informado por el profesional de salud abajo firmante:

- Sobre las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Sobre el lugar de obtención, almacenamiento y el proceso que sufrirán los datos personales y las muestras.
- Que mis muestras y datos personales serán proporcionados reversiblemente codificados a los investigadores beneficiarios de la cesión de muestras necesarias para investigación.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento de cesión de muestras y solicitar el acceso, rectificación, cancelación u oposición de todos mis datos personales almacenados en el BICUIB mediante escrito dirigido al mismo (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través del organismo que me proporciona este consentimiento. Esta eliminación no se extendería a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.
- Que he comprendido la información recibida y he resuelto mis dudas a través de las preguntas que he creído oportunas.

CONSIENTO

- La incorporación de mis muestras, que dono voluntariamente, al BICUIB para su procesamiento y almacenamiento.
- Que el Biobanco y a través de los acuerdos de cesión de éste, otros centros de investigación públicos o privados, utilicen mis muestras cedidas y los datos asociados, incluyendo la información sobre mi salud, para investigaciones biomédicas, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos en los términos legales que marca la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de carácter Personal y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Accedo (márquese sí o no) a que el profesional de salud médica pueda ponerse en contacto conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o solicitarme la donación de nuevas muestras al BICUIB. SI NO

Firma del DONANTE:

Declaración del profesional de salud:
He informado debidamente al donante

D./Dña.....

Dr/a.....

En a..... de de 20...

En a de de 20...

Este documento se firmará por triplicado, quedándose una copia el Biobanco BICUIB, otra el paciente y la tercera el centro donde se obtuvo la muestra.

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO (mayor de edad)

Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas para investigación al BICUIB

DECLARACIÓN DEL DONANTE:

Yo, D./Dña (nombre y apellidos) con DNI

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he podido hacer todas las preguntas que me ha suscitado mi donación al Biobanco.

Que he sido informado por el profesional de salud abajo firmante:

- Sobre las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Sobre el lugar de obtención, almacenamiento y el proceso que sufrirán los datos personales y las muestras.
- Que mis muestras y datos personales serán proporcionados reversiblemente codificados a los investigadores beneficiarios de la cesión de muestras necesarias para investigación.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento de cesión de muestras y solicitar el acceso, rectificación, cancelación u oposición de todos mis datos personales almacenados en el BICUIB mediante escrito dirigido al mismo (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través del organismo que me proporciona este consentimiento. Esta eliminación no se extendería a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.
- Que he comprendido la información recibida y he resuelto mis dudas a través de las preguntas que he creído oportunas.

CONSIENTO

- La incorporación de mis muestras, que dono voluntariamente, al BICUIB para su procesamiento y almacenamiento.
- Que el Biobanco y a través de los acuerdos de cesión de éste, otros centros de investigación públicos o privados, utilicen mis muestras cedidas y los datos asociados, incluyendo la información sobre mi salud, para investigaciones biomédicas, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos en los términos legales que marca la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de carácter Personal y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Accedo (márquese sí o no) a que el profesional de salud médica pueda ponerse en contacto conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o solicitarme la donación de nuevas muestras al BICUIB. SI NO

Firma del DONANTE:

Declaración del profesional de salud:
He informado debidamente al donante

D./Dña.....

Dr/a.....

En a..... de de 20...

En a de de 20...

Este documento se firmará por triplicado, quedándose una copia el Biobanco BICUIB, otra el paciente y la tercera el centro donde se obtuvo la muestra.

EJEMPLAR PARA EL BICUIB

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO (mayor de edad)

Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas para investigación al BICUIB

DECLARACIÓN DEL DONANTE:

Yo, D./Dña (nombre y apellidos) con DNI

DECLARO

- Que he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Que he podido hacer todas las preguntas que me ha suscitado mi donación al Biobanco.

Que he sido informado por el profesional de salud abajo firmante:

- Sobre las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Sobre el lugar de obtención, almacenamiento y el proceso que sufrirán los datos personales y las muestras.
- Que mis muestras y datos personales serán proporcionados reversiblemente codificados a los investigadores beneficiarios de la cesión de muestras necesarias para investigación.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento de cesión de muestras y solicitar el acceso, rectificación, cancelación u oposición de todos mis datos personales almacenados en el BICUIB mediante escrito dirigido al mismo (BICUIB. Universitat de les Illes Balears. Ed. Instituts Universitaris de Recerca Campus UIB. Ctra. Valldemossa s/n. 07122 - Palma) o a través del organismo que me proporciona este consentimiento. Esta eliminación no se extendería a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.
- Que he comprendido la información recibida y he resuelto mis dudas a través de las preguntas que he creído oportunas.

CONSIENTO

- La incorporación de mis muestras, que dono voluntariamente, al BICUIB para su procesamiento y almacenamiento.
- Que el Biobanco y a través de los acuerdos de cesión de éste, otros centros de investigación públicos o privados, utilicen mis muestras cedidas y los datos asociados, incluyendo la información sobre mi salud, para investigaciones biomédicas, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos en los términos legales que marca la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de carácter Personal y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Accedo (márquese sí o no) a que el profesional de salud médica pueda ponerse en contacto conmigo en el futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos y/o solicitarme la donación de nuevas muestras al BICUIB. SI NO

Firma del DONANTE:

Declaración del profesional de salud:
He informado debidamente al donante

D./Dña.....

Dr/a.....

En a..... de de 20...

En a de de 20...

Este documento se firmará por triplicado, quedándose una copia el Biobanco BICUIB, otra el paciente y la tercera el centro donde se obtuvo la muestra.

EJEMPLAR PARA EL CENTRO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D./Dña con DNI revoco el consentimiento prestado al BICUIB en fecha de de 20..... y no deseo proseguir la donación voluntaria especificada en dicho documento, que doy con esta fecha por finalizada.

Para ello solicito:

- Anonimización de las muestras.
- Destrucción de las muestras y los datos asociados.

Firma del DONANTE.:

En a de de 20.....

REMITIR A:

Biobanco de Cálculos Renales de la Universidad de las Islas Baleares
Edificio Institutos Universitarios de Investigación
Universitat de les Illes Balears
Ctra. Valldemossa km 7.5
07122 – Palma de Mallorca

Email: renal.lithiasis.lab@uib.es