



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS E INFORMACIÓN ASOCIADA AL BIOBANCO

### Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

**Apellidos y nombre del/de la Donante:**

.....

**DNI / NIE:** ..... **NUHSA:** .....

**Apellidos y nombre del/de la representante legal:**

.....

**DNI / NIE:** .....

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas al Biobanco:

**Apellidos y nombre**

.....

**DNI / NIE:** .....

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. .... declaro bajo mi responsabilidad que **he leído y comprendido el Formulario de Información**, del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre la donación de muestras biológicas de (*detallar tipo de muestras a recoger y posibilidad de recogida en diferentes puntos de muestreo*).....

.....e información asociada, al Biobanco, y sobre la posible realización de análisis genéticos sobre las mismas. He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Dichas muestras son:

- Excedentes del procedimiento asistencial al que va a someterse o se ha sometido:

.....

- Tomadas mediante el procedimiento expreso (*indicar procedimiento*):

.....

Las muestras biológicas e información asociada serán recogidas para la línea o área de investigación según los capítulos recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), indicado a continuación (*indicar capítulo correspondiente*):

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)

- Neoplasias (C00-D49)

- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)

Ejemplar para el Paciente



- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)
- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)
- Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
- Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)
- Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)
- Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)
- Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
- Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)
- Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados sean tratados de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Deseo **establecer restricciones** respecto al uso de la muestra, para que no sea utilizada en .....

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente**:

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique el medio de hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....  
Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....  
Otros: *(identificar)*.....



Autorizo **recibir información** sobre datos genéticos y datos relevantes para mi salud (Si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI  
 NO

Sé que puedo **revocar**, en cualquier momento, el consentimiento otorgado en este documento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS E INFORMACIÓN ASOCIADA AL BIOBANCO

### Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

**Apellidos y nombre del/de la Donante:**

.....

**DNI / NIE:** ..... **NUHSA:** .....

**Apellidos y nombre del/de la representante legal:**

.....

**DNI / NIE:** .....

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas al Biobanco:

**Apellidos y nombre**

.....

**DNI / NIE:** .....

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. .... declaro bajo mi responsabilidad que **he leído y comprendido el Formulario de Información**, del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre la donación de muestras biológicas de (*detallar tipo de muestras a recoger y posibilidad de recogida en diferentes puntos de muestreo*).....

.....e información asociada, al Biobanco, y sobre la posible realización de análisis genéticos sobre las mismas. He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Dichas muestras son:

- Excedentes del procedimiento asistencial al que va a someterse o se ha sometido:

.....

- Tomadas mediante el procedimiento expreso (*indicar procedimiento*):

.....

Las muestras biológicas e información asociada serán recogidas para la línea o área de investigación según los capítulos recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), indicado a continuación (*indicar capítulo correspondiente*):

- Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Neoplasias.
- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Ejemplar para el Biobanco

- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico.
- Enfermedades del sistema nervioso.
- Enfermedades del ojo y sus anexos.
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Enfermedades del aparato respiratorio.
- Enfermedades del aparato digestivo.
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Enfermedades del aparato genitourinario.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados sean tratados de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Deseo **establecer restricciones** respecto al uso de la muestra, para que no sea utilizada en .....

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente**:

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique el medio de hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....

Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....

Otros: *(identificar)*.....



Autorizo **recibir información** sobre datos genéticos y datos relevantes para mi salud (Si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI  
 NO

Sé que puedo **revocar**, en cualquier momento, el consentimiento otorgado en este documento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONACIÓN DE MUESTRAS BIOLÓGICAS E INFORMACIÓN ASOCIADA AL BIOBANCO

### Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

DATOS DEL/DE LA DONANTE Y DE SU REPRESENTANTE (éste último sólo en caso de incapacidad del/de la donante):

**Apellidos y nombre del/de la Donante:**

.....

**DNI / NIE:** ..... **NUHSA:** .....

**Apellidos y nombre del/de la representante legal:**

.....

**DNI / NIE:** .....

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Los siguientes profesionales declaran que se ha explicado la información relativa a la donación de muestras biológicas al Biobanco:

**Apellidos y nombre**

.....

**DNI / NIE:** .....

CONSENTIMIENTO:

Yo, D./Dña. .... declaro bajo mi responsabilidad que **he leído y comprendido el Formulario de Información**, del que se me ha entregado un ejemplar.

He **recibido suficiente información** sobre la donación de muestras biológicas de (*detallar tipo de muestras a recoger y posibilidad de recogida en diferentes puntos de muestreo*).....

.....e información asociada, al Biobanco, y sobre la posible realización de análisis genéticos sobre las mismas. He podido hacer preguntas sobre la información recibida y hablar con el profesional indicado, quien me ha resuelto todas las dudas que le he planteado.

Dichas muestras son:

Excedentes del procedimiento asistencial al que va a someterse o se ha sometido:

.....

Tomadas mediante el procedimiento expreso (*indicar procedimiento*):

.....

Las muestras biológicas e información asociada serán recogidas para la línea o área de investigación según los capítulos recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), indicado a continuación (*indicar capítulo correspondiente*):

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Neoplasias.

Ejemplar para Documentación Clínica

- Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico.
- Enfermedades del sistema nervioso.
- Enfermedades del ojo y sus anexos.
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
- Enfermedades del aparato circulatorio.
- Enfermedades del aparato respiratorio.
- Enfermedades del aparato digestivo.
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
- Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Enfermedades del aparato genitourinario.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.

Así mismo, consiente que las muestras puedan ser utilizadas para otros fines:

- Docencia
- Control de calidad

Deseo que dichas muestras y los datos clínicos asociados sean tratados de forma:

- Codificada** (serán identificadas con un código que protege mi identidad, siendo posible volver a ligarlas conmigo) o
- Anonimizada** (no se podrán asociar las muestras conmigo, por haberse eliminado de forma irreversible la vinculación entre las mismas y mi identidad).

Deseo **establecer restricciones** respecto al uso de la muestra, para que no sea utilizada en .....

Autorizo que se pueda **contactar conmigo posteriormente**:

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, indique el medio de hacerlo:

Teléfono: *(indicar número)*.....  
Correo electrónico: *(indicar dirección)*.....  
Otros: *(identificar)*.....

Ejemplar para Documentación Clínica



Autorizo **recibir información** sobre datos genéticos y datos relevantes para mi salud (Si solicita que las muestras sean anonimizadas, no podrá recibir esta información)

Marque lo que proceda:

- SI  
 NO

Sé que puedo **revocar**, en cualquier momento, el consentimiento otorgado en este documento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA DONANTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del/de la donante)
Fdo.:	Fdo.:

PROFESIONAL QUE INFORMA
Fdo.: