

The Cleveland Clinic, IRB 8458
Mecanismos moleculares involucrados en la predisposición del cáncer

Formulario de consentimiento de contacto del sujeto

He revisado la información proporcionada sobre el estudio investigativo y me interesa saber más. Un representante de The Genomic Medicine Institute tiene permiso de contactarme con respecto a la participación en este estudio.

Teléfono: (_____) _____ Días/horas preferidos: _____

Número alternativo: (_____) _____ Días/horas preferidos: _____

Fecha de hoy: _____

Su firma: _____

Nombre con letra de molde: _____

Si está otorgando su consentimiento en nombre de un niño (menor de 18 años de edad),

escriba el nombre del niño con letra de molde: _____

Fecha de nacimiento del participante: _____

Información de contacto del proveedor de atención médica que facilita la participación en el estudio:

Nombre: _____ Puesto: _____

Institución: _____

Dirección electrónica: _____ Teléfono: (____) _____

Envíe este formulario a:

The Cleveland Clinic Genomic Medicine Institute
9500 Euclid Avenue, NE5
Cleveland, OH 44195

O BIEN

Envíelo por FAX a:

Attn Dawn Caraballo, FAX: (216) 636-0009