

The Cleveland Clinic, IRB 8458  
Mecanismos Moleculares Involucrados en la Predisposicion al Cancer

Consentimiento del sujeto para el formulario de contacto

He revisado la informacion proporcionada acerca del estudio de investigacion y estoy interesado en saber mas. Un representante de The Genomic Medicine Institute tiene permiso para ponerse en contacto conmigo sobre la participacion en el estudio.

Numero de telefono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Dias/horas preferidos: \_\_\_\_\_

Numero alternativo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Dias/horas preferidos: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Su firma: \_\_\_\_\_

Su nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Si usted esta brindando consentimiento en nombre de un menor de 18 afios, escriba el nombre del menor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del participante: \_\_\_\_\_

Informacion de contacto para el proveedor de atencion medica que facilita la participaci6n en el estudio:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Instituci6n: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: ( -- \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Envie el formulario por correo a:

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

OBIEN

Enviar por fax a:

At. Beth Crouser, CCRC, FAX: (216) 636-0009

