

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 años, 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

