



**CONSENTIMIENTO INFORMADO ADAPTADO A MENORES DE EDAD ENTRE 12 Y 17 AÑOS  
PARA LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS PARA INVESTIGACIÓN  
OBTENIDAS EN EL CURSO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS O  
TERAPÉUTICOS AL BIOBANCO LA FE**

<p style="text-align: center;"><b>¿POR QUÉ Y PARA QUÉ NECESITAN MIS MUESTRAS?</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p>En el Hospital La Fe, al igual que en el resto de hospitales, además de atender a los pacientes, también realizamos investigación biomédica; los investigadores del Hospital trabajan y estudian las mejores técnicas y procedimientos para prevenir enfermedades, poder curar a los enfermos y descubrir tratamientos que mejoren la vida de los pacientes.</p> <p>Para realizar las investigaciones es necesario recoger muestras de sangre, orina, saliva... además de datos sobre la salud de las personas. Todo esto, se analizará utilizando la tecnología disponible en el hospital o en otros centros, y nos ayudará a conocer mejor las enfermedades.</p> <p>Además, los médicos e investigadores trabajarán siempre cumpliendo todas las leyes y normativa que nos dirán lo que podemos o no podemos hacer.</p>
<p style="text-align: center;"><b>¿CÓMO REALIZARÉ LA DONACIÓN DE MIS MUESTRAS?</b></p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	<p>Por tanto, lo único que necesitamos es que, nos des, siempre y cuando tú quieras y de manera gratuita, una parte de la sangre, orina, tejido y/u otro tipo de muestra biológica, de las muestras obtenidas durante la operación quirúrgica y/o prueba diagnóstica a la que vas a ser sometido. Esta parte de sangre, orina, tejido... se conservará durante mucho tiempo en un lugar especial donde se almacenan muestras donadas por gente como tú. El Biobanco del Hospital La Fe (Biobanco La Fe) cumple las leyes y es inspeccionado para asegurar que se hacen las cosas bien; además, controla que no se utilicen ni distribuyan tus muestras a otros profesionales, a menos que tú nos lo permitas.</p> <p>La toma de la/s muestra/s no tiene ningún riesgo añadido para tu salud y el diagnóstico y/o el tratamiento de la enfermedad nunca se verán afectados, puesto que se trata de un sobrante que libremente puedes darnos.</p> <p>Es posible que por la donación de las muestras no obtengas ningún beneficio. Además, debes saber que únicamente se realizarán las pruebas u operaciones que decida tu médico dentro del tratamiento de tu enfermedad o situación, y no se cogerán muestras al margen de estos procedimientos.</p>

### ¿CÓMO PROTEJO MI INTIMIDAD?



Tus muestras tendrán un código y no podremos saber quién eres, salvo que tu nombre, apellidos, fecha de nacimiento... se registren en un archivo muy especial y seguro al que nadie, excepto tu médico pueda acceder. Tampoco contaremos que has participado con nosotros, será una información confidencial y tendrá la máxima seguridad.

No os contaremos, ni a tus padres (o tutores legales) ni a ti, los resultados obtenidos con tus muestras, a no ser que sea muy importante para mejorar tu estado de salud o situación, en este caso, sí que se os comunicará.

Puede ocurrir que tengas que ser contactado/a de nuevo para recoger nueva información sobre tu estado de salud o situación que pueda ayudar al desarrollo de las investigaciones. Del mismo modo, puedes aceptar libremente o rechazar esta participación.

### ¿PUEDO NEGARME A DONAR MIS MUESTRAS?



Esta donación de datos y de muestras es totalmente libre y voluntaria; piensa bien si quieres participar.

Si después de donar las muestras y pasado un tiempo, quieres que ya no se utilicen, puedes decirlo libremente, e inmediatamente, se eliminarán, así como los datos que nos hayas dado; ningún profesional del hospital ni los investigadores se van a molestar por ello. Además, cuando cumplas 18 años, puedes saber qué ha pasado con las muestras que donaste así como con tus datos poniéndote en contacto con nosotros.

*Pregunta todo lo que quieras o no hayas entendido, te lo explicaremos tantas veces como necesites*

*¡Muchas gracias por tu colaboración!*

Yo,.....

.....

con,..... de edad

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

- He leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y se han contestado.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Conozco que las muestras se conservarán en el Biobanco La Fe.
- Comprendo que puedo negarme a que mis muestras sigan almacenadas:
  - ✓ Cuando quiera.
  - ✓ Sin tener que dar explicaciones.
  - ✓ Sin que mi decisión repercuta en mis cuidados médicos.
- Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento.
- Me gustaría donar muestras con la firma de este consentimiento.

**PARTICIPANTE (cumplimentado con su puño y letra)**

Fdo.: (nombre y apellidos del menor de edad):

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PROFESIONAL DE SALUD QUE INFORMA (cumplimentado con su puño y letra)**

Fdo.: (nombre y apellidos profesional de salud):

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- El menor ha entendido todo lo que le he explicado: **SÍ**\_\_\_ **NO**\_\_\_
- (Los padres/tutores han de firmar el consentimiento informado de Representantes)\_\_\_