


 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica al B@ " * V#\ HGU (Hospital General Universitario de Valencia)</p> <p>Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente</p>		
	 <p>FUNDACIÓ INVESTIGACIÓ HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	 <p>Biobanco Hospital General Universitario de Valencia</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL/LA DONANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La immortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco HGUUV va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco HGUUV podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco HGUUV a llevar a cabo el proceso de immortalización.

D./D^a. _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____ y nº de Tarjeta Sanitaria _____

D./D^a. _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____,
DNI _____ en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI _____ y nº de Tarjeta Sanitaria _____

Firma: D./D^{ña} _____

En _____ a _____ de _____ de 20 _____



**GENERALITAT
VALENCIANA**
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica al B@ " * V#\ HGU (Hospital General Universitario de Valencia)

Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente



FUNDACIÓ
INVESTIGACIÓ
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALENCIA



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALENCIA



Biobanco
Hospital General
Universitari de Valencia



Red Valenciana
de Biobancos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL BIOBANCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La inmortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco HGUV va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco HGUV podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.





Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco HGUV a llevar a cabo el proceso de inmortalización.

D./D^a. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],
DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

D./D^a. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],
DNI [redacted] en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

Firma: D./D^{ña} [redacted]

En [redacted] a [redacted] de [redacted] de 20 [redacted]

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas humanas y sus datos clínicos asociados para su uso en investigación biomédica al B@ " * V#\ HGU (Hospital General Universitario de Valencia)</p> <p>Muestras obtenidas en el curso de procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos indicados para la asistencia del paciente</p>		
	 <p>FUNDACIÓ INVESTIGACIÓ HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	 <p>CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALENCIA</p>	 <p>Biobanco Hospital General Universitario de Valencia</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EJEMPLAR PARA EL CENTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INMORTALIZACIÓN DE LÍNEAS CELULARES

La immortalización de líneas celulares es una técnica que se emplea con el fin de disponer de una fuente ilimitada de material biológico (esto es, células de Vd.) para realizar distintas investigaciones en ellas.

El Biobanco HGUV va a establecer esta línea celular con su muestra para que los investigadores puedan acceder a una fuente inagotable de ADN de Vd. sin necesidad de volver a extraerle sangre.

Esto implica que la presente donación se hace por un periodo ilimitado, ya que sus células se immortalizarán y podremos obtener material de ellas de modo indefinido.

El Biobanco HGUV podrá poner a disposición de aquellos investigadores que lo soliciten las líneas celulares obtenidas de estas muestras.

Solo si Vd. lo solicita (mediante la revocación del presente consentimiento) se procedería a la destrucción de esta línea celular.

Mediante la firma de este documento autorizo al Biobanco HGUV a llevar a cabo el proceso de immortalización.

D./D^a. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],
[redacted],
DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

D./D^a. [redacted] de [redacted] años de edad, con domicilio en [redacted],
[redacted],
DNI [redacted] en calidad de representante (en caso de minoría legal o incapacidad) del/de la paciente con DNI [redacted] y nº de Tarjeta Sanitaria [redacted]

Firma: D./D^{ña} [redacted]

En [redacted] a [redacted] de [redacted] de 20 [redacted]