

## Formulario de Consentimiento Informado

El/La Dr/a. \_\_\_\_\_ me ha explicado que están realizando un trabajo en pacientes con cuadros clínicos o diagnósticos tentativos que cumplen con los criterios de inclusión para EAI, para lo cual se realizará un estudio de ADN, más concretamente Secuenciación Exómica completa, a fin de poder determinar la causa de mi cuadro o el de mi hijo/a.

Para la realización de dicho estudio se tomará una muestra de sangre, mía o de mi hijo/a. Comprendo que este procedimiento no es riesgoso y podría ocasionar molestias pasajeras, como un hematoma en la zona del pinchazo.

Esta participación es voluntaria, puedo rehusarme a participar o abandonar el estudio en cualquier momento, sin tener que expresar las razones de mi decisión y sin ninguna pérdida de beneficios a los que tengo derecho, sin sufrir discriminación, penalización o perjuicio.

Los datos de identificación míos o de mi hijo/a, se mantendrán en forma confidencial, mediante la codificación de las muestras. Tanto el/la Dr/a \_\_\_\_\_, como quienes trabajan en este estudio, se comprometen a cumplir con la Ley estatutaria 1581 del 2012 de Protección de Datos (Habeas Data). Se identificará la muestra del aquí firmante bajo el código \_\_\_\_\_.

Entiendo que el resultado del estudio puede contribuir en realizar un diagnóstico de certeza, o por el contrario no encontrar datos que tengan una correlación vinculable con mi cuadro o el de mi hijo/a.

Comprendo que los resultados del estudio, me serán proporcionados y que el/la Dr/a. \_\_\_\_\_ es a quien tengo que contactar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos de participar en el mismo, pudiéndolo/a ubicar en \_\_\_\_\_.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar del estudio.

Firma y Aclaración: \_\_\_\_\_

Nro. de documento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

PROFESIONAL INFORMANTE

Firma y Aclaración: \_\_\_\_\_

Nro. de documento: \_\_\_\_\_