

**DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DE PACIENTE
INCAPACITADO JUDICIALMENTE**

Yo, (nombre y apellidos del/la firmante),
como representante legal de.....
(nombre y apellidos del/la paciente), declaro bajo mi responsabilidad que he sido
informado/a por el Dr. M. Javier Herrero Turrión.

En mi presencia, se ha dado a.....(nombre y
apellidos del/la paciente), del cual soy representante legal y padece la
enfermedad de, toda la información pertinente
adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.
Presto mi conformidad para que participe en el Programa de Donación de
Tejido Cerebral del Banco de Tejidos Neurológicos del INCYL.

En consecuencia, dono su tejido cerebral y permito el acceso a su Historial
Clínico, para que sea utilizado tras su fallecimiento en proyectos de
investigación supervisados por el Banco de Tejidos Neurológicos del INCYL.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del representante legal

Firma del representante del BTN-INCYL

Se entrega una copia de este documento.