

DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DE PACIENTE INCAPAZ

Yo,(nombre y apellidos del/la
firmante), como guardador de hecho 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 cuidador habitual, guardador de hecho 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 del Banco de Tejidos Neurológicos del INCYL.

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

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma del guardador de hecho

Firma del representante BTN-INCYL

Se entrega una copia de este documento.