

DOCUMENTO DE DONACIÓN DE TEJIDO CEREBRAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA MENORES

Yo,(nombre y apellidos del/la firmante), como padre/madre/tutor de.....(nombre y apellidos del/la paciente), declaro bajo mi responsabilidad que he sido informado/a por el Dr.

En mi presencia, he recibido toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar 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 padre/madre/tutor

Firma del Doctor.

Se entrega una copia de este documento.