

NOMBRE:

APELLIDOS:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO **INFORMADO**

DONACIÓN DE MUESTRAS AL BIOBANCO **HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA (HUPHM)** **INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PUERTA DE HIERRO-SEGOVIA DE ARANA (IDIPHISA)**

Yo, D./Dña.
con DNI **anulo** el consentimiento prestado en fecha de de 20..... y **no**
deseo proseguir la donación voluntaria al Biobanco HUPHM / IDIPHISA, que doy por finalizada al día de hoy.

En caso de menor o incapacitado (rellenar y firmar por el representante legal o tutor)*

Nombre y apellidos del representante

DNI..... Relación con el donante.....

- ☐ SOLICITO ELIMINACIÓN SOLO DE LA MUESTRA
- ☐ SOLICITO ELIMINACIÓN SOLO DE MIS DATOS PERSONALES
La muestra quedará anonimizada irreversiblemente y podrá ser utilizada en proyectos de investigación.
- ☐ SOLICITO ELIMINACIÓN TOTAL DE MIS DATOS Y MUESTRAS

PACIENTE / DONANTE

Firma

***REPRESENTANTE / TUTOR**

Firma

En....., a de de 20.....