



FORMULARIO DE AUTO-TOMA

DETECCION Y SEGUIMIENTO DE LESIONES PRE-CANCEROSAS
Y CANCEROSA DEL CUELLO UTERINO
COCHABAMBA - BOLIVIA

ID:
C.I.:

Dirección:

Barrio:

Distrito: Municipio:

DATOS PERSONALES:

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento: Edad:

Fecha de la Auto-toma: Teléfono/Celular 1:

Número de Partos: Teléfono/Celular 2:

CROQUIS DE VIVIENDA:

Importante: Poner puntos de referencia y teléfono.

4010

PROYECTO PILOTO SOBRE DETECCION DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
INSTITUTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
(IIBISMED)

Formulario del Consentimiento informado

Yo he leído la hoja informativa y he comprendido el propósito y objetivos de este proyecto de Investigación. He podido realizar preguntas sobre el mismo (detección, diagnóstico y seguimiento de las lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino y del virus del papiloma humano), también he recibido una explicación por el médico responsable sobre los beneficios de este proyecto por lo que mi participación es voluntaria.

Se me ha dado a conocer que los datos y resultados serán manejados con discreción y respeta mi intimidad, por lo que acepto y autorizo a que las muestras que se me tomen para PAPANICOLAU o COLPOSCOPIA / BIOPSIA sean utilizadas en este estudio, sin que exista la posibilidad de compartir o ceder las mismas a ningún otro investigador, grupo o centro no involucrado en esta investigación.

Declaro conocer el contenido del presente documento: por lo tanto acepto y asumo el compromiso, y como constancia firmo el presente documento voluntariamente.

.....
Firma o huella digital
de la paciente

Edad de la paciente.....

Cochabamba, / /20.....

Proyecto.-"MEJORAMIENTO DE LA DETECCION Y EL SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES PRE-CANCEROSAS DE CUELLO UTERINO EN LA REGIÓN DE COCHABAMBA EN BOLIVIA"