



## Consentimiento Informado

Laboratorio de Genómica Viral y Humana,  
Facultad de Medicina UASLP (19/nov/2022, versión 1.0)

Yo, (nombre del participante) \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades acepto participar en el proyecto de investigación “*Prevalencia de infecciones causadas por el hantavirus Seoul (SEOV) en ratas de laboratorio, roedores silvestres y personal de bioterio, estudiantes e investigadores*”.

Entiendo que dicho proyecto tiene como **objetivo** determinar la frecuencia con que ocurren infecciones causadas por el hantavirus Seoul en personal científico, técnico y estudiantil involucrado en el trabajo con ratas.

Acepto participar en una **encuesta** destinada a evaluar mis conocimientos, mis actitudes y las prácticas empleadas en mi trabajo con ratas de laboratorio así como en una **entrevista** personal y privada destinada a evaluar mi riesgo de infección al hantavirus Seoul, la cual incluye información médica relacionada con mi estado de salud actual y enfermedades previas, documento que será resguardado bajo los mismos lineamientos de un expediente clínico de acuerdo a las disposiciones de la norma oficial mexicana.

Acepto donar dos tubos de 3 ml de **sangre** a partir de los cuales se obtendrá DNA y RNA, células y suero humano al igual que DNA o RNA viral en caso de encontrarse. Entiendo que dichas muestras serán empleadas para estudiar las características genéticas, celulares y proteicas que determinan la susceptibilidad a infecciones por el hantavirus Seoul.

Entiendo que el **DNA o RNA** derivado de mis muestras serán empleados para realizar estudios de escrutinio o tamizaje genético, de secuenciación, de marcadores genéticos y polimorfismos. Que las proteínas derivadas de mis muestras serán empleadas para realizar estudios de biomarcadores, de anticuerpos y de enzimas humanas. Que las células derivadas de mis muestras serán empleadas para generar líneas celulares inmortalizadas y para aislar partículas virales.

Se me ha explicado que mis muestras serán etiquetadas solo con un **folio anónimo** y que un documento digital protegido asociará dicho folio a mis datos personales para asegurar mi confidencialidad, proteger mis datos personales y para permitir para que el investigador me contacte en el futuro con motivo de seguimiento. Entiendo que mi nombre no se mencionará en ningún producto científico, técnico o académico resultante de esta investigación.





Entiendo que mi muestra y la información personal asociada a ella **no será utilizada** ni transferida a otra institución, compañía farmacéutica o aseguradoras médica para fines ajenos a los objetivos científicos demarcados en el proyecto y este consentimiento.

Entiendo que el procedimiento de toma de sangre por punción de vena periférica es de **mínimo riesgo** para mí pudiendo ocasionar sangrado leve o hematomas, que es idéntico al empleado en análisis clínicos rutinarios y que no tendrá costo para mí.

Confirmando que deseo donar **voluntariamente** estas muestras, sin presión y sin recibir dinero o bienes a cambio. Se me ha explicado que **puedo optar por no participar** sin demeritar mi acceso a apoyos del gobierno, a la atención médica y/o a programas sociales. Así mismo, hago constar que mis preguntas han sido contestadas a mi pleno entendimiento y satisfacción.

PARTICIPANTE	Firma
	Nombre
	Numero INE

Firma	INVESTIGADOR
Dr. Christian A. García Sepúlveda	
IDMEX2181814511	

PRIMER TESTIGO	Firma
	Nombre
	Numero INE
	Parentesco

Firma	SEGUNDO TESTIGO
Nombre	
Numero INE	
Parentesco	

Fecha (dd/mmm/aaaa): \_\_\_\_\_

