



Consentimiento Informado Biorepositorio

Laboratorio de Genómica Viral y Humana BSL-3, Facultad de Medicina UASLP

(05/dic/2023, versión 7.0)

Yo, (nombre del participante) _____ en pleno uso de mis facultades consiento donar de manera voluntaria las muestras biológicas (sangre, suero, plasma, orina, secreciones respiratorias, muestras tisulares o líquido cefalorraquídeo) que me tomaron para realizarme estudios diagnósticos en el Laboratorio de Genómica Viral y Humana BSL-3 de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí para su inclusión en el “**Biorepositorio del Laboratorio de Genómica Viral y Humana**” con fines de investigación biomédica.

Entiendo que dicho proyecto tiene como **objetivo** determinar la frecuencia con que ocurren infecciones causadas por distintos virus en individuos mexicanos.

Entiendo que el **DNA o RNA** derivado de mis muestras serán empleados para realizar estudios de escrutinio virológico 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, antígenos virales 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 de DNA, RNA, proteínas, suero, sangre y células solo serán etiquetadas con un **folio anónimo** que asegurará mi confidencialidad, protegerá mis datos personales y permitirá que los investigadores me contacten en un futuro para darme seguimiento.

Entiendo que la inclusión de mis muestras en dicho biorepositorio tiene como objetivo avanzar el conocimiento científico y coadyuvar en el desarrollo de estrategias diagnósticas y preventivas relacionadas con enfermedades infecciosas.

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 aseguradora 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 y que puede ocasionar sangrado leve o hematomas (moretones).





Entiendo que este procedimiento es idéntico al empleado en análisis clínicos rutinarios y no tendrá costo para mí.

Entiendo que si mi muestra biológica resulta de interés especial para la investigación realizada en el Laboratorio de Genómica Viral y Humana, se me podrá contactar e invitar a donar muestras complementarias (a lo que puedo no acceder).

Además de estas muestras, se me podrá solicitar brindar información médica, de ascendencia familiar e información sobre su lugar de residencia y etnicidad, padecimientos anteriores y mi historia médica detallada.

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	Firma	INVESTIGADOR
	Nombre	Dr. Christian A. García Sepúlveda	
	Numero INE	IDMEX2181814511	
PRIMER TESTIGO	Firma	Firma	SEGUNDO TESTIGO
	Nombre	Nombre	
	Numero INE	Numero INE	
	Parentesco	Parentesco	

(dd/mmm/aaaa)

