

Fecha: dd / mm / aaaa

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Tipo de identificación: RC TI CC CE Número de identificación:

Género: F M Edad: Celular: Teléfono fijo:

Fecha de nacimiento: Ciudad:

Lugar de nacimiento:

Dirección de residencia:

Correo Electrónico:

Autoriza presencia de acompañante durante explicación de consentimiento: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

En SURA realizamos investigación, desarrollo e innovación en salud con altos estándares de calidad. Como parte de este trabajo, buscamos conservar muestras biológicas con información personal, clínica, genética y biológica asociada para que sean usadas en diferentes estudios de una misma línea de investigación.

Hemos tomado algunas muestras biológicas suyas para la realización de pruebas de laboratorio y en esta ocasión le estamos invitando a que nos permita conservarlas con fines de investigación. Antes de decidir si acepta o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. El uso de estas muestras se basa en la normatividad vigente nacional e instrumentos y pautas éticas internacionales; además las investigaciones que se realicen contarán con la autorización de un Comité de Ética, cuando así lo requiera la normatividad, el cual velará para que los investigadores desarrollen sus estudios siguiendo siempre las más estrictas normas éticas y legales.

Si luego de leer este documento tiene alguna duda, síntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude al buen entendimiento del propósito planteado.

- FINALIDAD DEL USO DE LAS MUESTRAS.** Las muestras biológicas y su información asociada ( personal, clínica, genética y biológica) podrán ser usadas en diferentes estudios de la línea de investigación en medicina personalizada y traslacional, Estos estudios nos permitirán conocer a la población, generar modelos de atención, contribuir a la toma de decisiones y estrategias para la gestión del riesgo, así como a los desarrollos tecnológicos para la predicción, diagnóstico y tratamiento para beneficiar a los pacientes y sus familias.

Sus muestras biológicas solo podrán ser utilizadas para las finalidades señaladas, entendiendo que en cualquier momento usted puede revocar su autorización; igualmente cuenta con la posibilidad de solicitar su destrucción o anonimización, en cuyo caso no se afectarán los resultados de las investigaciones ya realizadas.

- BENEFICIOS ESPERADOS.** En principio, usted no recibirá un beneficio o ganancia directa. Sin embargo, esperamos poder profundizar en el conocimiento y aportar a mejores soluciones en salud para nuestra población.
- PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.** No es obligatorio autorizar el uso de las muestras con fines de investigación. En caso de no querer hacerlo, no se generará ninguna consecuencia negativa ni se afectarán sus tratamientos de salud en curso.
- GASTOS Y REMUNERACIÓN.** Esta autorización es gratuita y usted no recibirá ningún pago por ello. Eventualmente, y cuando sea necesario, usted podrá percibir beneficios no monetarios por la participación en una investigación y compensaciones no económicas por la recolección de la muestra u otras actividades, lo cual le será debidamente informado, en caso de aplicar. Asimismo, SURA no busca obtener beneficio económico directo por concepto de la recolección, custodia y uso de dichas muestras.
- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.** La información que se recopile en los estudios de investigación será manejada con la debida confidencialidad, en cumplimiento de las normas de investigación y protección de datos personales, así como nuestra política de tratamiento de datos. Las personas que tendrán acceso a sus muestras contarán con el compromiso de dar un uso adecuado a las mismas.

A las muestras biológicas y la información asociada se le asignará un código, que será el utilizado por los investigadores. Este código solo podrá ser relacionado con su identidad por personal autorizado de SURA sin que investigadores o terceros puedan conocer dicha identidad. Estos registros pueden ser examinados por monitores, auditores y/o autoridades de salud o reguladoras, en el marco de sus competencias.

Asimismo, los resultados obtenidos de los diferentes estudios de investigación realizados con sus muestras se pueden publicar en revistas científicas y otros medios, en las cuales nunca será revelada su identidad.

6. **LUGAR ALMACENAMIENTO Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.** Las muestras biológicas y los datos asociados serán analizadas y almacenadas en las instalaciones de AYUDAS DIAGNÓSTICAS SURA S.A.S. ubicadas en la Calle 27 # 45-59 piso 4 Medellín, Antioquia, por un periodo de 10 años. En caso de existir alguna novedad sobre el almacenamiento o uso para otras finalidades usted será contactado nuevamente.
7. **INFORMACIÓN DERIVADA DEL ANÁLISIS.** Usted tiene derecho a conocer en qué investigaciones que se han utilizado sus muestras en la medida en que sea posible También puede conservar una copia de este documento y resolver las preguntas que tenga.

Si se realizan análisis genéticos sobre sus muestras biológicas, existe la posibilidad de que se obtenga información relativa a su salud o a la de sus familiares, frente a lo cual usted tiene la libertad de decidir si desea que le informemos tales resultados. Asimismo, es posible que debamos ponernos en contacto con usted nuevamente con el fin de obtener datos o muestras adicionales. En el supuesto de que no desee que contactemos de nuevo con usted para esto, deberá marcar la casilla correspondiente al final de este documento.

Asimismo, si se encuentra información relacionada con un evento de interés en salud pública, deberás ser direccionado a tu Empresa Promotora de Salud -EPS- o la entidad que haga sus veces para la gestión de diagnóstico complementario si es necesario, además de notificar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

8. **RESPONSABLE INSTITUCIONAL.** La persona responsable del manejo de las muestras e información asociada es el Coordinador de la línea de investigación. Para el ejercicio de los derechos contemplados en este documento y en la legislación vigente, así como obtener información sobre el uso de sus muestras y datos asociados, podrá contactar a cebioentendimiento@suramericana.com.co o a través de la línea de WhatsApp: 315 275 7888

**MANIFESTACIÓN DE CONFORMIDAD.** Si ha comprendido la información que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener por favor, lea y firme a continuación:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos del paciente), identificado con CC \_\_\_\_\_, autorizo el uso de mis muestras biológicas y la información asociada para que sean usados en diferentes estudios de la línea de investigación en medicina personalizada y traslacional. Esta autorización la concedo tras haber sido informado verbalmente y haber leído el presente documento. En tal sentido:

Autorizo que las muestras recolectadas y su excedente y la información clínica asociada se utilice para investigación en los términos recogidos en el presente documento Si\_ No\_

Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que realmente sea relevante y aplicable para mi salud o la de mi familia Si\_ No\_

Autorizo a ser contactado en el caso de necesitar más información o muestras biológicas adicionales Si\_ No\_

Firma paciente: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Persona que informa: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Testigo 1: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Testigo 2: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

**MANIFESTACIÓN DE CONFORMIDAD (APLICA PARA MENORES DE EDAD O PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD).** Si ha comprendido la información que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener por favor, lea y firme a continuación:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos), identificado con CC \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_, autorizo el uso de sus muestras biológicas y la información asociada para que sean usados en diferentes estudios de la línea de investigación en medicina personalizada y traslacional. Esta autorización la concedo tras haber sido informado verbalmente y haber leído el presente documento. En tal sentido:

Autorizo que las muestras recolectadas y su excedente y la información clínica asociada se utilice para investigación en los términos recogidos en el presente documento **Si\_ No\_**

Deseo que se me comunique la información derivada de la investigación que realmente sea relevante y aplicable para su salud o la de su familia **Si\_ No\_**

Autorizo a ser contactado en el caso de necesitar más información o muestras biológicas adicionales **Si\_ No\_**

Firma paciente: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Persona que informa: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Testigo 1: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)

Testigo 2: \_\_\_\_\_  
(Nombres y apellidos)