



**Clinical Transplant Services
(Servicios Clínicos de Trasplante)
Kidney/Pancreas Transplant Program
(Programa de Trasplante de Riñón y Páncreas)**

Mail Code: CB569 • 3181 SW Sam Jackson Park Rd. • Portland, OR 97239-3098
Tel.: 503/494-8500 • Línea gratuita: 800/452-1369 x 8500 • Fax: 503/494-4492

OHSU Patient Label

**OREGON HEALTH & SCIENCE UNIVERSITY
MEDICINA DE TRASPLANTES
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DEL LABORATORIO DE INMUNOGENÉTICA Y TRASPLANTES**

Yo, _____ un(a) paciente de *Oregon Health & Science University Hospital*, comprendo que las muestras de sangre y de tejido podrían ser obtenidas antes, durante y después de mi trasplante o donación de órgano y ser usadas para confirmar la compatibilidad de tejido o para monitorizar mi condición clínica. Algunas de estas muestras también podrían ser guardadas por el laboratorio de inmunogenética y trasplantes, y ser usadas posteriormente para propósitos clínicos o de investigación. Estas muestras son identificadas con mi nombre y/o número de registro médico.

También comprendo que la información clínica sobre mi trasplante o donación de órgano (tal como los resultados de los análisis de laboratorio, las dosis de las drogas prescritas por mis doctores, y mi información básica: edad, raza e historial médico) será guardada en mi expediente médico y en la base de datos de trasplantes y usada para controlar la atención clínica de mi trasplante. Esta información también podría ser usada para realizar investigaciones sobre los resultados de los trasplantes.

A través de la presente, doy mi consentimiento para que mi información clínica, la información de mi trasplante, las muestras de mi sangre y tejidos; sean guardados, etiquetados con mi nombre u otro tipo de identificador, y sean usados para propósitos clínicos y de investigación.

Comprendo que cualquier material de investigación que se publique y haya utilizado mi información, como muestras de sangre o tejidos, no llevará ningún identificador (nombre, número de seguro social, etc.) que pueda conectarme directamente con los resultados de estos estudios.

Paciente

Fecha

Testigo

Fecha