

Centro para Enfermedades Raras Aquisgrán
Centro de Genética Humana y Medicina Genómica

Análisis de imagen asistido por ordenador en el diagnóstico de enfermedades genéticas (PEDIA AC)

Declaración de consentimiento

He leído el material informativo sobre el estudio de investigación «Análisis de imagen asistido por ordenador en el diagnóstico de enfermedades genéticas» (abreviado: PEDIA AC), o me ha sido leído, y he sido informado/a sobre mis derechos como interesado/a. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas que hice fueron respondidas a mi satisfacción. Tengo derecho a solicitar información adicional sobre el proyecto en cualquier momento.

Consiento voluntariamente [en nombre de mi hijo/a / la persona a mi cargo] participar en este estudio. He sido informado/a de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y sin necesidad de proporcionar ningún motivo.

En caso de retirada del consentimiento, todos los datos atribuibles serán eliminados, y esta decisión no me afectará negativamente de ninguna manera.

Estoy dispuesto/a a participar en el estudio y a proporcionar mis datos de imagen, así como mis datos clínicos y genéticos cifrados para este fin.

Entiendo que las imágenes pueden ser vistas por profesionales médicos y científicos que utilizan las bases de datos. Aunque estas imágenes se utilizan sin información identificativa, como mi nombre, entiendo que alguien podría reconocerme. También acepto que mis imágenes puedan ser utilizadas con fines de formación para la inteligencia humana y artificial. Esto incluye la formación de estudiantes de medicina y médicos residentes, así como el aprendizaje automático.

[] Por la presente, consiento voluntariamente la recopilación y el tratamiento de mis datos personales tal y como se describe anteriormente. He sido suficientemente informado/a y tuve la oportunidad de hacer preguntas. He sido informado/a sobre las consecuencias de revocar mi consentimiento de protección de datos. He recibido la información escrita y el formulario de consentimiento.

Además, le rogamos que marque los puntos correspondientes:

[] Consiento el acceso a las imágenes y los datos no personales en una base de datos de análisis de imagen asistido por ordenador por parte de profesionales médicos de otras instituciones. Esto permite que los datos también sean utilizados por otras instituciones para comparaciones de similitud de sus pacientes y para el entrenamiento de algoritmos de inteligencia artificial. Aunque estas fotos se utilizan sin información identificativa, como mi nombre, entiendo que alguien podría reconocerme.

[] Acepto que las imágenes publicadas en una base de datos por mí o por mi hijo/a / la persona a mi cargo puedan utilizarse con fines docentes y educativos. Esto incluye la formación de estudiantes de medicina y médicos residentes.

[] Acepto que mis imágenes y datos puedan publicarse adicionalmente de forma anonimizada en una revista científica. Mis datos personales están sujetos a la legislación de protección de datos.

[] Me gustaría ser contactado/a nuevamente si fuera necesario para la publicación en revistas científicas.

[] Este estudio puede ser seguido de investigaciones científicas de seguimiento. Acepto que se me pueda volver a contactar para investigaciones científicas de seguimiento si fuera necesario.

En caso de consentir ser contactado/a nuevamente para la publicación en revistas o para investigaciones científicas de seguimiento, le rogamos que deje sus datos de contacto:

Datos de contacto para nueva comunicación (nombre, teléfono / correo electrónico): _____

Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firmante

Apellido: _____

Nombre: _____

Firma en nombre de: _____

- ☐ Yo mismo
- ☐ Mi hijo/a
- ☐ Persona a mi cargo

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma