

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **UMBRELLA-SUMMA Legacy: Unified platform for a Better integrAl Evaluation of myelodysplastic syndromes in spAin-Strategy for Unraveling personalized genomic Medicine in public heAlth system incorporating patient reported outcomes**

*Versión 1 de fecha 18 de julio de 2025*

Yo, (Nombre y Apellidos) \_\_\_\_\_

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He hablado con el/la Investigador/a \_\_\_\_\_
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - 1º Cuando quiera
  - 2º Sin tener que dar explicaciones
  - 3º Sin que tenga ninguna repercusión negativa
  
- Acepto voluntariamente participar en el Proyecto y autorizo el uso de toda la información obtenida. Entiendo que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.
- Autorizo a los responsables del proyecto a utilizar mis datos para los fines y en la forma descrita en el presente documento.
  - Si       No

---

Firma del participante

Fecha

---

Nombre y firma del investigador

Fecha