

sangre restante cuando no sea más necesaria para su atención. Si Usted no quiere que su muestra de sangre o su información médica sean usadas para futuras investigaciones, Usted puede llamar al Dr. Chertow al (415) 476-2173, ó al pager (415) 443-5369 y nosotros retiraremos su información del estudio.

B. Riesgos y Molestias

Confidencialidad: La participación en la investigación implicará en una pérdida de privacidad, pero la información acerca de Usted será manejada tan confidencialmente como sea posible. Su nombre no será usado en ningún informe publicado acerca de este estudio.

Tratamiento y Compensación por Daños: Si Usted sufre un daño como resultado de estar en este estudio, tendrá tratamiento a su disposición. Los costos de ese tratamiento pueden ser cubiertos por la Universidad de California dependiendo de algunos factores. La Universidad normalmente no suministra ninguna otra forma de compensación por daños. Para más informaciones acerca de esto, Usted puede llamar a la oficina del Committee on Human Research (Comité sobre Investigación Humana) al (415) 476-1814.

C. Beneficios

Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, se espera que las informaciones obtenidas por este estudio ayuden en el tratamiento de personas con enfermedad renal que necesiten diálisis en el futuro.

D. Alternativas

Usted puede elegir no participar en este estudio. Su negativa a participar no afectará su tratamiento de ninguna forma.

E. Pago

Si Usted concluye la entrevista telefónica, recibirá un cheque por \$25 en aproximadamente 4 semanas.

F. Preguntas

Este estudio le ha sido explicado por el Dr. Chertow o por la persona que firma abajo y sus preguntas fueron respondidas. Si Usted tiene alguna pregunta adicional, Usted puede llamar al Dr. Chertow al (415) 476-2173, ó al pager (415) 443-5369.

G. Consentimiento

Le serán dadas una copia firmada de este formulario de consentimiento y una copia de la Declaración de Derechos de los Individuos Experimentales para guardar. LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN ES VOLUNTARIA. Usted tiene el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento de este estudio sin riesgo para su atención médica.

Si Usted quiere participar, Usted debe firmar abajo.

Fecha

Firma del Individuo

Fecha

Firma de la Persona que Obtiene o Revisa el Consentimiento

Blanca: Copia del Estudio Amarilla: Copia del Clínica de Diálisis Rosa: Copia del Paciente