

NIH RECOVER: Estudio de patología multicéntrico de secuelas posagudas de la infección por SARS-CoV-2

Formulario de consentimiento para la autopsia

A. Información del paciente

Nombre del fallecido	Fecha de nacimiento
Nombre del hospital/institución	Fecha y hora del fallecimiento
Nombre y teléfono de contacto de la institución	

B. Certificaciones

1. He recibido la “Hoja de información de la autopsia” y comprendo que tengo derecho a coordinar que la autopsia se haga en otro lugar, pero prefiero que se haga como parte del estudio de investigación de la iniciativa Investigación sobre el COVID para Mejorar la Recuperación (RECOVER, por sus siglas en inglés).
2. Estoy de acuerdo con que retiren, examinen y conserven los órganos, tejidos, aparatos protésicos y líquidos que los patólogos (doctores que estudian las enfermedades) consideren adecuados para motivos de diagnóstico, educación, mejora de la calidad e investigación.
3. Comprendo que este consentimiento no incluye el retiro ni el uso de ninguno de estos materiales para trasplantes o motivos similares, lo que requiere un permiso por separado.
4. Comprendo que los órganos y tejidos necesarios para el estudio de investigación serán anonimizados (no tendrán datos personales) y enviados a un depósito de muestras biológicas para su procesamiento y almacenamiento.
5. Comprendo que los órganos y tejidos que no se necesiten para motivos de diagnóstico, educación, mejora de la calidad o investigación se enviarán a la funeraria con el difunto.
6. Comprendo que puedo poner algunas limitaciones en la conservación de órganos y en el alcance de la autopsia. Comprendo que cualquier limitación puede poner en riesgo el valor diagnóstico de la autopsia o puede limitar la utilidad de la autopsia para motivos educativos, de mejora de calidad o de investigación.
7. Estoy de acuerdo con la disposición final de los materiales conservados según lo determinado por los patólogos o las normas de la institución.
8. Comprendo que cualquier información de diagnóstico conseguida de la autopsia pasará a formar parte de los registros médicos del difunto.
9. Comprendo que la información médica protegida del registro médico electrónico del

difunto se guardará en una base de datos nacional durante todo el estudio.

10. Comprendo que el informe de la autopsia clínica incluye información médica protegida y, como resultado, las mismas reglas de privacidad y confidencialidad que se aplican a los registros médicos de pacientes vivos también se aplican a los exámenes y a los informes de la autopsia.
11. Dado que estoy autorizado por ley a dar mi consentimiento para la autopsia en nombre del difunto, comprendo que tengo derecho a que se me envíe una copia del informe de la autopsia clínica (preliminar y/o final) y que es preferible revisar los descubrimientos con un doctor.
12. Comprendo que se me preguntará si deseo que me envíen el informe de la autopsia clínica cuando firme el consentimiento para el procedimiento de dicha autopsia. Comprendo que no recibiré los resultados de la investigación.
13. También comprendo que los descubrimientos genéticos o de los exámenes del estudio RECOVER pueden ser el resultado de investigaciones futuras en las que se usen muestras anonimizadas de mi familiar, pero esos resultados no se compartirán conmigo. Sin embargo, comprendo que los resultados del estudio podrían ayudar a otras personas en el futuro.
14. Comprendo que la información médica protegida puede compartirse con personas autorizadas como parte del estudio de investigación RECOVER.
15. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener sobre el alcance o el motivo de la autopsia y se me ha dado la “Hoja de información de la autopsia RECOVER para las familias”.

C. Consentimiento

Nombre	Relación con el fallecido
Firma	Fecha
☐ Autopsia completa	
☐ Autopsia limitada (describa)	
☐ Conservación de órganos (seleccione si NO desea que se le devuelvan los órganos)	

Firma de la persona que recibe el consentimiento y del testigo (el otorgante y el testigo deben estar presentes durante todo el proceso de consentimiento, y ambos deben confirmar el consentimiento voluntario del pariente más cercano)

Nombre del personal clínico	Nombre del testigo
Firma del personal clínico	Firma del testigo
Fecha	Fecha

Consentimiento por teléfono (el testigo debe solicitar y confirmar el consentimiento de manera independiente)

Nombre del personal clínico	Nombre del testigo
Firma del personal clínico	Firma del testigo
Fecha	Fecha