

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ENDOCRINAS MÚLTIPLES Y FEOCROMOCITOMAS/PARAGANGLIOMAS

Yo:

(Nombre y apellidos del paciente)

Yo:

(Nombre y apellidos del tutor/representante legal)

Anulo el consentimiento prestado en fecha de de 20
y no deseo proseguir mi participación voluntaria en el Registro Español de Neoplasia
Endocrina Múltiple, Feocromocitomas y Paragangliomas (Regmen) que doy por
finalizada a día de hoy.

Declaro saber que:

1. Retirar mi participación en Regmen no afectará a la atención sanitaria que recibo por mi enfermedad.
2. Se procederá a eliminar completamente de Regmen mis datos personales de tal modo que no se pueda relacionar conmigo cualquier información contenida en el Registro. No se podrá realizar desde este momento ningún registro de seguimiento de mi enfermedad.
3. Así mismo, no se podrá seguir compartiendo mis datos con otros registros.
4. Cualquier resultado de investigación ya realizado no podrá destruirse.

Firma

En a de de 20