



ChildrensHospitalLosAngeles

International Leader in Pediatrics

marzo 3, 2011

Apreciados Participantes:

Agradecemos profundamente su interés en nuestro estudio del Sarcoma de Ewing. Su participación probablemente ayudará a un mejor entendimiento de esta enfermedad. Esto es parte de un estudio mayor que está siendo llevado a cabo en el Hospital de Niños de los Angeles llamado "Neural Tumor Registry". Este estudio aspira investigar la predisposición genética del sistema nervioso, incluyendo el Sarcoma de Ewing.

Esta carta le ayudará a saber como enviar de vuelta las formas que recibió y como obtener las muestras de sangre.

1. Cada participante de 18 años o más deberá leer, firmar y enviar de vuelta el consentimiento, permiso ó aprobación para participar en este estudio de investigación. Si el individuo no puede firmar o es menor de 18 años, uno de los padres, protector legal, o persona con carta poder legal deberá firmar por el menor.
2. Cada participante entre 7 y 13 años de edad deberá leer, firmar, y enviar de vuelta el consentimiento, permiso ó aprobación para participar en este estudio de investigación, además de la forma de consentimiento.
3. Cada participante deberá leer, firmar, y enviar de vuelta una forma de autorización.
4. Cada participante deberá leer, firmar, y regresar la forma de derechos autorizando el estudio.
5. Por favor envíe de vuelta las formas firmadas al Hospital de Niños de Los Angeles en el sobre con estampillas provisto, o coloque las formas en las bolsas plásticas cuando envíe su muestra de sangre por correo. No podemos procesar su muestra de sangre hasta que hayamos recibido las formas firmadas.
6. Usted puede llamar a su doctor principal para pedir una cita para que le saquen sangre. Dentro de la caja blanca usted encontrará todo lo necesario para que cada participante pueda obtener una muestra de sangre. Lleve esta caja a su cita. Cada participante deberá usar el tubo de dextrosa de ácido de citrato (ACD) de tapa amarilla.
7. Si la persona que le saque la sangre va a cobrarle por sus servicios, por favor muestre la carta incluida en este paquete, donde instruimos al flebotomo que envíe la factura al centro de estudios.
8. Rotule cada tubo con el nombre, fecha de nacimiento del donador de sangre. Si el donador de sangre ha tenido o tiene hepatitis o HIV, por favor indíquelo en el rotulo.

Respect • Service • Excellence • Knowledge • Teamwork



ChildrensHospitalLosAngeles

International Leader in Pediatrics

9. Para cumplir con los requerimientos de Federal Express, por favor siga estas instrucciones:
- Coloque los tubos en el paquete de espuma y s ello con una banda elástica o cinta adhesiva.
 - Coloque el paquete de espuma dentro de la caja blanca.
 - Envuelva la caja con material absorbente, como papel toalla.
 - Coloque la caja dentro del sobre plástico de Fed Ex incluido en este paquete.
 - Adhiera la forma completa de Facturación de Fed Ex en la parte de afuera de la bolsa plástica.
10. Por favor envíe de vuelta las muestras usando Federal Express. No los envíe vía Servicio Expreso de la Oficina de Correos. Para localizar las oficinas de Federal Express mas cercanas a su domicilio, o para instrucciones a donde llevar el sobre, por favor llame a 1-800-GoFedEx (1-800 463-3339).

NOTICIA IMPORTANTE: Necesitamos recibir las muestras de sangre en un lapso de 72 horas desde el momento cuando fueron hechas. No coloque las muestras de sangre en una centrifuga, congelador o refrigerador, o esponga las muestras a calor. No necesita ir en ayunas para que le saquen sangre. Las entregas de las muestras no serán hechas en Sábados, Domingos o feriados nacionales.

Agradecemos de antemano su participación en este estudio. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en poderse en contacto con el Doctor Shahab Asgharzadeh al (323) 361-6371 o correo electrónico a shahab@chla.usc.edu. Usted puede también contactar a Melissa Warden al (323) 361-5642 o correo electrónico a mwarden@chla.usc.edu con cualquier pregunta o problema.

Sinceramente,

Shahab Asgharzadeh, M.D.
Profesor Asistente de Pediatría y Patología
División de Hematología-Oncología
Hospital de Niños de Los  ngeles
Escuela de Medicina de Keck
Universidad del Sur de California
Email: shahab@chla.usc.edu
Phone: 323-361-6371

Respect • Service • Excellence • Knowledge • Teamwork



ChildrensHospitalLosAngeles

International Leader in Pediatrics

marzo 3, 2011

To Whom It May Concern:

The person bringing you this set of blood tubes is participating in a research study at Childrens Hospital Los Angeles. We respectfully ask that you donate your phlebotomy fee so our research dollars can go further. If that is not possible, please send your bill to me at the address below.

Thank you very much.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Shahab Asgharzadeh". The signature is fluid and cursive.

Shahab Asgharzadeh, M.D.
Assistant Professor
Neural Tumors Program
Department of Pediatrics
Childrens Hospital Los Angeles
Keck School of Medicine

4650 Sunset Boulevard, Mail Stop #57
Los Angeles, CA 90027
Tel: (323) 361-6371
Fax: (323) 361-4902
Email: shahab@chla.usc.edu

Respect • Service • Excellence • Knowledge • Teamwork