

Solicitamos su consentimiento para:

- 1.- Realizar pruebas genéticas y estudios de laboratorio en muestras biológicas (sangre/ tejidos / otros fluidos biológicos) ..... cuya finalidad es diagnosticar si está afectado o es portador o existe riesgo de patología de ..... (Ej. una enfermedad metabólica hereditaria o una cromosomopatía)
- 2.- Dichas pruebas serán realizadas en el Centro de Excelencia en Genética e interpretadas por su médico tratante.
- 3.- Únicamente el personal sanitario debidamente autorizado por el Centro de Excelencia en Genética y por su médico tratante podrán acceder a los datos personales y a los resultados de las pruebas genéticas.
- 4.- El facultativo que le solicita estas pruebas adquiere el compromiso de suministrarle información acerca del objeto de los análisis y facilitarle el asesoramiento genético.
- 5.- En las pruebas, podría ser que se encontrase información no directamente relacionada con el objeto de los análisis y usted puede decidir si desea o no que se le comunique.
- 6.- La información obtenida puede ser relevante también para sus familiares y en este caso le explicaremos el porqué de la conveniencia de que la conozcan. Es decisión personal suya informarles -algo que nosotros le recomendamos- con el fin de que, si ellos lo desean, puedan acudir a una consulta especializada en genética donde le informarán sobre su riesgo personal y sus opciones de salud en el futuro.
- 7.- Una vez finalizados los análisis, los datos obtenidos y las muestras excedentes se destruirán en el Centro de Excelencia en Genética y centros analíticos designados por el mismo.
- 8.- Como usuario(a) de este servicio, eximo de toda responsabilidad a mi médico tratante y a terceros de cualquier resultado obtenido del análisis que en este momento se me ofrece y acepto realizarme.
- 9.- Si ha comprendido la información que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener y otorga su consentimiento para realizar las pruebas genéticas en los términos antes explicados, por favor firme a continuación este consentimiento informado en sentido afirmativo:

Yo..... (paciente/padre o madre del paciente/custodio legal del paciente ( nombre y dos apellidos) declaro que he sido informado que ..... (nombre de la persona a quien se le toma la muestra) podría estar afectado/a o ser portador/a de una alteración genética, y que el diagnóstico se basa en los resultados de las pruebas genéticas de laboratorio. Doy consentimiento para realizar dichas pruebas genéticas en el Centro de Excelencia en Genética con el Dr. José Rubén Ortiz Saldaña, y en caso necesario, en otros laboratorios designados por el mismo para ayudar al proceso diagnóstico.

Fecha: (lugar)....., (fecha) a.....de.....de 20.....

---

Nombre y Firma (paciente)

---

Nombre y Firma (médico tratante)