

Datos del paciente

Nombre y apellidos: _____
DNI: _____ Código del paciente: _____ Teléfono: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo electrónico: _____
Dirección completa y código postal: _____
Prueba Genética: _____

Datos centro remitente

Hospital/Clínica/Laboratorio: _____
Correo electrónico: _____
Nombre del Facultativo: _____
Teléfono: _____

Consideraciones.

1. Presto libremente mi conformidad para que la muestra sea usada para el correcto diagnóstico genético.
2. He recibido la información de mi especialista sobre la finalidad de este estudio y mis preguntas se han resuelto satisfactoriamente.
3. Declaro que la información personal y médica que he proporcionado es verídica y fiable.
4. Deseo ser informado de hallazgos patológicos incidentales obtenidos durante el transcurso del análisis genético solicitado
SI NO
5. Las muestras biológicas serán debidamente codificadas para garantizar su anonimato. Los datos que se obtengan serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica, 3/2018 de Protección de Datos y Garantías de los Derechos Digitales de 5 de diciembre de 2018.
6. En ningún momento estos análisis serán empleados con otros fines más que los aquí expuestos. En caso de que así fuera, se me informaría nuevamente, solicitando mi consentimiento para los mismos.
7. Cumple con la ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
8. Cumple con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Los excedentes de muestra (ADN) serán almacenados, en caso de existir alguno, un máximo de 2 años. Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras para su posible utilización en la investigación sobre la enfermedad genética. SI NO .
9. El presente consentimiento informado podrá ser revocado en cualquier momento por mi parte sin necesidad de mediar explicación alguna.

Fecha:

Lugar:

Firma paciente:

Fecha:

Firma Dr./Dra.: