

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.:

Sus datos serán tratados por Centro Inmunológico de la Comunidad Valenciana, S.L.U. sito en la Calle Juan De Villanueva, 63, Parcela 01a. 03203, Elche, Alicante. España. con el fin de llevar a cabo la prestación de los servicios de laboratorio clínico, asesoramiento técnico y científico de pruebas de laboratorio y la interpretación clínica de informes. La base jurídica del tratamiento de los datos es la relación contractual o precontractual establecida. En caso de ser clientes de aseguradoras privadas, sus datos serán comunicados por parte de la entidad del grupo que le preste servicios sanitarios a la aseguradora privada a efectos de pago de los servicios. Los datos personales se conservarán durante el tiempo estrictamente necesario para la finalidad para la que fueron recabados. Puede ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y, en su caso, oposición, dirigiendo una comunicación por escrito, debidamente firmada al delegado de protección de datos: dpo@riberasalud.es. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es). Para más información consulte la Política de Privacidad disponible en el siguiente enlace: <https://www.riberasalud.com/politica-de-privacidad/> .