

## SOLICITUD DE ESTUDIOS GENÉTICOS

| Datos de filiación de paciente                | Muestras                                             |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nombre: <input type="text"/>                  | Código de la muestra: <input type="text"/>           |
| Primer apellido: <input type="text"/>         |                                                      |
| Segundo apellido: <input type="text"/>        | Tipo de muestra:                                     |
|                                               | <input type="checkbox"/> Sangre (10 ml sangre total) |
|                                               | <input type="checkbox"/> EDTA) Otros (Indique)       |
|                                               | <input type="text"/>                                 |
| <b>Centro remitente</b>                       |                                                      |
| Centro remitente: <input type="text"/>        |                                                      |
| Servicio remitente: <input type="text"/>      |                                                      |
| Facultativo de contacto: <input type="text"/> |                                                      |

| Resumen de la historia clínica y árbol genealógico                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico: <input type="text"/>                                                                                                                     |
| Otros datos clínicos de interés: <input type="text"/>                                                                                                 |
| Existen estudios realizados a familiares: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (incluir informes de estudios genéticos realizados) |
| Árbol genealógico/Antecedentes <input type="text"/>                                                                                                   |

| Prueba solicitada                       |                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Enfermedad/Prueba: <input type="text"/> | Código OMIM: <input type="text"/> |
| Gen: <input type="text"/>               | Código OMIM: <input type="text"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Declaración de existencia del consentimiento informado:<br>Declaro que el paciente identificado en esta solicitud, conoce los datos incluidos en la misma y ha firmado el consentimiento informado para la realización del estudio genético |       |
| Firma del facultativo                                                                                                                                                                                                                       | Fecha |

### Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18, Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante Teléfono de Atención al Cliente:

965 94 31 33 Fax: +34 965 943 264

Email: admin@riberalabs.com

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](mailto: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](http://www.agpd.es)). Para más información consulte la Política de Privacidad disponible en el siguiente enlace: <https://www.riberasalud.com/politica-de-privacidad/> .