

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado para Estudio Genético Molecular

Confirmando que, en el contexto de una sesión de asesoramiento genético, he sido informado sobre los diferentes aspectos de las pruebas genéticas, tal como se explica en la hoja de "Información para pacientes". He entendido la información y he tenido tiempo suficiente para tomar decisiones.

**1. Doy mi consentimiento para realizar el/los siguiente /s análisis:**

**2. Para la siguiente (s) enfermedad /es:**

**3. Una copia de los resultados debe ser enviada a:**

**4. Quiero realizar el estudio aunque mi aseguradora no cubra los gastos (max. \$ \_\_\_\_\_)**

Si  No

**5. Quiero ser informado/informada sobre los resultados del estudio arriba mencionado**

Si  No

**6. La siguiente pregunta no debe ser respondida si se buscará una mutación específica familiar conocida**

He sido informado/a que pueden ocurrir hallazgos incidentales. Estos son resultados no relacionados con la prueba solicitada encima.

**Quiero ser informado sobre hallazgos incidentales de la siguiente manera:**

Si soy portador/a de un trastorno para el cual hay medidas preventivas y/o terapéuticas

Si  No

Si soy portador de un trastorno para el cual **no** existen medidas preventivas y / o terapéuticas

Si  No

Si soy portador sano de un trastorno recesivo

Si  No

**No quiero que me informen sobre hallazgos incidentales**

**7. Doy mi consentimiento para:**

Almacenar mi muestra para futuras pruebas (en mi interés y con mi solicitud)

Si  No

Utilizar mi muestra para pruebas de control de calidad

Si  No

Utilizar mi muestra y datos para fines de investigación científica (incluida cualquier publicación posterior de datos anónimos en revistas científicas)

Si  No

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente o responsable legal)

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

**Consejero médico:**

Declaro que he informado al paciente o responsable legal arriba mencionado sobre las pruebas genéticas planificadas, así como sus limitaciones y alcances. He respondido todas las preguntas planteadas por el / la paciente o responsable legal.

Nombre y Firma: \_\_\_\_\_  
(Médico Tratante)

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_