

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANÁLISIS GENÉTICO

El paciente tiene derecho a recibir toda la información respecto al análisis genético que se le ha prescrito. Este documento pretende que otorgue su **CONSENTIMIENTO** para que el laboratorio pueda realizar el estudio pertinente. Si está de acuerdo con la información recibida, ha entendido todo el contenido de la misma y ha preguntado acerca de sus dudas a la persona que le ha informado, FIRMELO

### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE .....

APELLIDOS.....DNI.....

TELEFONO .....

ESTUDIO SOLICITADO.....

INFORMADO POR:.....

FECHA.....

EL Centro de Análisis Genéticos, procesará la muestra según los protocolos establecidos para el estudio genético solicitado, remitiendo el informe al facultativo solicitante, al paciente o persona autorizada por él y se compromete a:

1. Que los datos clínicos, analíticas o imágenes recogidas en la historia clínica serán utilizados para el mejor conocimiento del problema que Vd. padece.
2. La preservación de su identidad personal y la confidencialidad en todo momento de los resultados derivados del estudio está garantizada de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

### **3. Declaración de consentimiento**

De acuerdo con la información recibida y la aclaración de las dudas planteadas, **CONSIENTO** la realización del estudio genético solicitado y la utilización de los datos aportados en mi historia clínica. Y **AUTORIZO** al laboratorio para que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma completamente anónima.

**Firma del paciente**

**Nombre del representante legal** en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor.....)

**Firma del tutor**

**DNI.**