

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO GENÉTICO PRENATAL MOLECULAR**

Dña.....y  
D. ....  
Domicilio en.....calle.....  
tfno.....

**SOLICITAN LA REALIZACION DEL ESTUDIO PRENATAL:**

- **CITOGENÉTICO:** **FISH prenatal:** SI  NO  **CARIOTIPO** SI  NO
- **DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE**.....
- **OTROS**.....

por motivos de.....  
prescrita por el Dr(a).....Centro.....  
extracción realizada por el Dr(a).....Centro.....  
en la .....semanas de gestación, y habiendo sido informado sobre la trascendencia de  
la prueba que solicitan por el Dr./a.....

**MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZAN Y ACEPTAN QUE:**

1. Los resultados obtenidos del estudio solicitado pueden condicionar acciones posteriores siendo estas de absoluta responsabilidad de los padres.
2. Que la muestra biológica fetal extraída será utilizada exclusivamente para el estudio solicitado al Centro.
3. Que los datos clínicos, analíticas o imágenes recogidas en la historia clínica de los padres serán utilizados para la resolución del análisis solicitado
4. La preservación de su identidad personal y la confidencialidad 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.*

De acuerdo con la información recibida y la aclaración de las dudas planteadas, **CONSENTIMOS** la realización del estudio solicitado en muestra fetal.

Firma Madre:

Firma Padre

D.N.I.

D.N.I.