

El abajo firmante: \_\_\_\_\_  
Nacido en: \_\_\_\_\_ el: \_\_\_\_\_  
Residente en: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ n ° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

con un grado de comprensión del idioma:

completo       suficiente       con la necesidad de un mediador lingüístico   
(nombre del mediador \_\_\_\_\_ )

### DECLARO

que he recibido información detallada por escrito, a través de la información que se me proporcionó o durante una entrevista previa a la prueba en el que he colocado todas las preguntas que consideré oportunas y que me permitieron entender la prueba.

**ANÁLISIS SOBRE: VILLO CORIALE  LÍQUIDO AMNIÓTICO  Sangre fetal**

Por lo tanto libremente, de forma espontánea y en plena conciencia

#### En caso de análisis citogenético

**ACEPTO**      **NO ACEPTO**      la ejecución de la investigación citogenética indicada anteriormente y que, en consecuencia de los resultados obtenidos, puedan llevarse a cabo análisis adicionales para aclarar lo que haya sido observado.

**ACEPTO**      **NO ACEPTO**      ser contactado por el personal de salud de los SSD, Análisis de Laboratorio - SMEL especializada en Citogenética y Genética Médica para un eventual asesoramiento genético.

#### En caso de análisis genético molecular de la patología indicada a continuación:

**ACEPTO**      **NO ACEPTO**      la ejecución de la prueba genética en el ADN para

---

Habiendo leído la información para el tratamiento de datos sensibles y datos genéticos

**AUTORIZO**      **NO AUTORIZO**      el tratamiento relativo de datos personales y sensibles

- ❖ con fines diagnóstico-terapéuticos
- ❖ para actividades de investigación médico-científica / estadística, directamente relacionadas con la investigación genética en curso.

**AUTORIZO**      **NO AUTORIZO**      la comunicación de los resultados obtenidos de los antes mencionados análisis:

- ❖ Al abajo firmante a
- ❖ A través del médico tratante, Dr. \_\_\_\_\_

**AUTORIZO**      **NO AUTORIZO**      a      comunicar a los familiares pertenecientes a la misma línea genética los resultados, si es indispensable para una elección reproductiva consciente, para la protección de su salud, o para intervenciones preventivas o terapéuticas, y si lo solicitan

**ACEPTO**      **NO ACEPTO**      La transferencia y el procesamiento de la muestra biológica y transferencia y el procesamiento transferencia de de datos sensibles / genéticos en otras estructuras externas por parte del laboratorio en el caso de diagnósticos en profundidad y ser informado sobre los resultados obtenidos si representan un beneficio concreto.

Nombre de estructura externa \_\_\_\_\_

**ACEPTO**      **NO ACEPTO**      que el material biológico recolectado se conserve hasta el final del proceso de diagnóstico y que los materiales biológicos y los informes resultantes puedan ser utilizados para estudios e investigaciones dirigidas a proteger a la comunidad en los campos médico, biomédico y epidemiológico, con especial referencia a los programas para verificar la calidad del desempeño de los laboratorios de análisis clínicos, asegurando el anonimato del paciente

**DESEO**      **NO DESEO**

- ❖ ser contactado personalmente
- ❖ estará disponible a través del Sr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

*El personal de salud que tienen acceso a los datos personales, sensibles y genéticos cumplir con las normas de la Ley de Privacidad de conformidad con el **Reglamento de Protección de Datos General de la Unión Europea 2016/679 (GDPR)***

Fecha, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recopiló e ilustró el consentimiento

MODULO CONSENSO INFORMADO A LA EJECUCION DEL TEST GENETICO PRENATAL	COD MOD 05 IOS 01SSDGM 9/11/2018 Rev 0
---	--

Asimismo, declaro conocer la posibilidad de REVOCAR este consentimiento en cualquier momento mediante comunicación escrita a la estructura competente.

EL/la/los abajo firmantes _____ con fecha _____
Declaro/declara/declaramos querer REVOCAR el consenso arriba estipulado
Firma: _____