

## Consentimiento informado del paciente para pruebas genéticas

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente) autorizo a Quest Diagnostics a realizar pruebas genéticas para \_\_\_\_\_ (Nombre de la enfermedad o la prueba), según lo solicitado por mi médico o proveedor de asistencia sanitaria autorizado o el médico o proveedor de asistencia sanitaria autorizado de mi hijo o familiar dependiente, y autorizo la recolección de una muestra para los fines de esa prueba.

Reconozco y accedo a lo siguiente:

1. Mi médico o su designado (como, por ejemplo, un asesor genético) ha cubierto totalmente lo siguiente:

- (a) El propósito, la descripción y la naturaleza de la prueba y sus posibles usos.
- (b) La fiabilidad de los resultados positivos o negativos y el nivel de certeza de que un resultado positivo de la prueba para la enfermedad o la afección sirve para predecir dicha enfermedad, la eficacia y las limitaciones de la prueba genética, y el significado de los resultados de la prueba genética.
- (c) Las implicancias de realizarse la prueba genética, incluidos los riesgos y los beneficios médicos.
- (d) La descripción de la enfermedad o la afección para la cual se realiza la prueba.
- (e) La disponibilidad y la importancia del asesoramiento genético. Reconozco que se me ha proporcionado información para identificar un asesor genético o genetista médico de quien puedo obtener dicho asesoramiento y entiendo que puedo buscar asesoramiento antes de firmar este consentimiento.
- (f) Un resultado positivo de la prueba es un indicador de que puedo estar predispuesto o tener la enfermedad o afección específica para la que me realicé la prueba y entiendo que puedo querer considerar la realización de más pruebas independientes, consultar con mi médico o buscar asesoramiento genético para analizar los resultados de la prueba.

2. Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen a la(s) siguiente(s) persona(s):

\_\_\_\_\_. Entiendo que recibiré los resultados de la prueba de parte de mi médico, a menos que yo indique lo contrario. Entiendo que tengo derecho al tratamiento confidencial de mi muestra y los resultados, y que los resultados de mi prueba solo se divulgarán según lo autorizado en este consentimiento.

3. Los resultados de la prueba se conservarán de conformidad con las leyes aplicables. Entiendo que solo el consultorio de mi médico o Quest Diagnostics tendrán acceso a mi muestra y que mi muestra se usará solamente para los fines para los que he dado mi consentimiento.

### Declaración del paciente

Yo, el que suscribe, he recibido información acerca del propósito, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos de las pruebas, y he recibido una copia de este consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me ha dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente realizarme la prueba genética.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, la madre o el representante legalmente autorizado  
letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente en

**Declaración del proveedor de asistencia sanitaria**

Por medio de su firma a continuación, el proveedor de atención sanitaria indica que ha explicado a su paciente el propósito de la prueba, los procedimientos, los beneficios y los riesgos que implica la prueba. Se le ha dado al paciente la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento y buscar asesoramiento genético. El proveedor de asistencia sanitaria reconoce que su paciente ha decidido voluntariamente realizarse la prueba en Quest Diagnostics.

---

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

---

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento, en letra de imprenta