



## 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 medico o proveedor de asistencia sanitaria autorizado de mi hijo o familiar dependiente.

Quest Diagnostics divulgará los resultados de las pruebas genéticas solo a mi médico, o a las personas que yo autorice o según lo requerido por la ley. Autorizo a mi medico a exigir en la solicitud de la prueba que Quest Diagnostics proporcione una copia de los resultados de mi prueba a las siguientes personas:

\_\_\_\_\_.

### 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

### 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, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente