

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS _____ DNI _____
 NOMBRE _____ TELÉFONO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____
 DATOS CLÍNICOS RELEVANTES _____

DATOS DE LA MUESTRA (Tipo de muestra/Nº)

Mucosa bucal (saliva)/Nº: _____ Liq. amniótico/Nº: _____
 Sangre periférica/Nº: _____ Suero/Nº: _____
 Exudado/Nº: _____ ADN/Nº: _____
 Otro: _____

SU REFERENCIA DE LA MUESTRA:

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
(por GENYCA)

DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE _____ Nº COLEGIADO _____
 CENTRO _____ ESPECIALIDAD _____
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____
 TELÉFONO _____ FECHA SOLICITUD _____ FIRMA: _____
 E-MAIL _____

ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR QUE SE SOLICITA

ENVÍO DE RESULTADOS

DESTINATARIO: FACULTATIVO FACULTATIVO + PACIENTE
 MODO DE ENVÍO: E-MAIL PAPEL
 E-MAIL PACIENTE _____
 E-MAIL FACULTATIVO _____

DATOS DE FACTURACIÓN (Si difieren de datos del paciente)

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL _____ DNI / CIF _____
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____
 E-MAIL _____ TELÉFONO _____

CADENA DE CUSTODIA

TOMA DE MUESTRA
 FECHA _____
 TOMA REALIZADA POR _____

ENVÍO DE LA MUESTRA POR _____
 RECEPCIÓN DE LA MUESTRA
 FECHA _____ RECEPCIONADO POR _____

SGC _____

FECHA ESTIMADA DE INFORME _____

CONT. | E | Tr | Tj | _____

EL PACIENTE DEBE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA 2



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN DE ANÁLISIS GENÉTICO

Habiendo sido debidamente informado/a por mi facultativo prescriptor y firmante de este formulario o de la prescripción que aporte, y tras leer el presente documento, declaro que me considero satisfecho/a con la información recibida, y comprendo:

- La indicación, la finalidad, las características, las consecuencias y las limitaciones del análisis genético al que (yo o la persona por mí representada) me voy a someter. Asimismo, se me ha permitido realizar todas las observaciones que he considerado oportunas y me han sido aclaradas todas las dudas que he planteado.
- Que la información personal proporcionada y recogida en este documento es verídica, fiable y de aplicación por parte del centro.
- Que doy consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales conforme a lo expuesto en el texto recogido bajo el epígrafe "Confidencialidad" de este documento.
- Que la muestra biológica por mí aportada será utilizada exclusivamente para el análisis solicitado al centro.
- Que, por imperativo legal, tendré que firmar esta declaración de consentimiento informado para que el laboratorio pueda realizar esta prueba.
- Que excepcionalmente, y por razones biológicas (en términos cuali y/o cuantitativos) y ajenas al laboratorio de análisis, no se pueda obtener un resultado a partir de la muestra aportada. Se estudiará cada caso.
- Que excepcionalmente se me pueda requerir una nueva muestra.
- Que excepcionalmente el resultado obtenido pueda ser no concluyente.
- Que el análisis al que me voy a someter no descartará patologías no estudiadas mediante esta prueba, o no detectables debido a las limitaciones propias de la técnica empleada.
- Que en cualquier momento del proceso puedo revocar por escrito el consentimiento que ahora presto, sin esto eximirme del pago del análisis que solicito en este formulario.
- Que autorizo al laboratorio a que remita el informe en las condiciones especificadas en este documento, y bajo ningún concepto facilitará el resultado del análisis por teléfono.
- Que autorizo al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra sobrante y/o los resultados obtenidos en procesos de calidad internos y externos, o con fines de investigación, siempre de manera anónima, siendo eliminados mis datos personales de cualquier informe o publicación.

En tales condiciones, y de forma voluntaria, CONSIENTO que se me realice (a mí o a la persona por mí representada) el análisis genético solicitado, mediante la firma del presente documento.

NOMBRE DEL FIRMANTE _____	
Si el paciente es menor de edad o requiere representación legal por otro motivo, detallar la RELACION CON EL PACIENTE (hecho que demuestro mediante presentación del documento oficial que así lo demuestra y de mi documentación de identidad personal): _____	
DNI _____	FECHA _____
FIRMA:	

CONFIDENCIALIDAD: Los datos personales proporcionados en este documento serán incorporados a un fichero automatizado, inscrito en el Registro General de Protección de Datos y cuyo único responsable es GENYCA INNOVA Análisis y Diagnóstico Genético S.L. Estos datos serán tratados de manera confidencial y bajo secreto profesional, siempre cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y siguiendo las directrices marcadas por la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos de la UNESCO. GENYCA cumple con los requisitos vigentes en materia de protección de datos de carácter personal, guardando las medidas de seguridad adecuadas, tanto técnicas como organizativas. GENYCA no comunicará ni cederá estos datos a ninguna entidad ni empresa, salvo en aquellos casos estipulados por la Ley. El solicitante puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito a GENYCA, C/ Alegría 18, Madrid 28220, España, o a info@genyca.es. Mientras no se comunique lo contrario, se entenderá que los datos recogidos en este formulario no han sido modificados y que el paciente/cliente se compromete a notificar cualquier variación, y que GENYCA tiene el consentimiento para utilizarlos al fin de poder prestar el servicio requerido y poder tramitar su facturación.