

CENTRO REMITENTE: _____

PARTICIPANTE 1: (Relación de parentesco: _____)

APELLIDO _____ DNI _____
 NOMBRE _____ TELÉFONO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____

ENVÍO DE RESULTADOS: PAPEL E-MAIL: _____

TIPO DE MUESTRA/Nº:

 Mucosa bucal (saliva)/Nº: _____
 Otro: _____

FIRMA COMO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

SU REFERENCIA DE LA MUESTRA:

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
(por GENYCA)

PARTICIPANTE 2: (Relación de parentesco: _____)

APELLIDO _____ DNI _____
 NOMBRE _____ TELÉFONO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____

ENVÍO DE RESULTADOS: PAPEL E-MAIL: _____

TIPO DE MUESTRA/Nº:

 Mucosa bucal (saliva)/Nº: _____
 Otro: _____

FIRMA COMO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

SU REFERENCIA DE LA MUESTRA:

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
(por GENYCA)

PARTICIPANTE 3: (Relación de parentesco: _____)

APELLIDO _____ DNI _____
 NOMBRE _____ TELÉFONO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____

ENVÍO DE RESULTADOS: PAPEL E-MAIL: _____

TIPO DE MUESTRA/Nº:

 Mucosa bucal (saliva)/Nº: _____
 Otro: _____

FIRMA COMO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

SU REFERENCIA DE LA MUESTRA:

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
(por GENYCA)

DATOS DEL SOLICITANTE: (Si no es participante en el estudio)

APELLIDO _____ DNI _____
 NOMBRE _____ TELÉFONO _____
 DIRECCIÓN _____ CP _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ PAÍS _____

ENVÍO DE RESULTADOS: PAPEL E-MAIL: _____

FIRMA COMO SOLICITANTE DEL ESTUDIO:

ESTUDIO DE PARENTESCO SOLICITADO

<p>TOMA DE MUESTRA</p> <p>FECHA _____</p> <p>TOMA REALIZADA POR _____</p>	<p>ENVÍO DE LA MUESTRA POR _____</p> <p>RECEPCIÓN DE LA MUESTRA</p> <p>FECHA _____ RECEPCIONADO POR _____</p>
---	---

SGC _____

CONT | E | Tr | Tj | _____

FECHA ESTIMADA DE INFORME _____



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN DE ANÁLISIS GENÉTICO

Habiendo sido debidamente informado/a 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 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 dicho informe será remitido exclusivamente a los solicitantes que así lo hayan solicitado convenientemente en el formulario de solicitud de servicio firmando el apartado correspondiente, y bajo ningún concepto se facilitará el resultado del análisis por teléfono.
- Que el precio de la prueba no incluye la asistencia a Juicio. La ratificación del informe en un procedimiento judicial devengará honorarios por tiempo invertido, más todos los gastos incurridos por el desplazamiento. Consultar tarifa vigente.
- 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.

<p>PARTICIPANTE 1:</p> <p>Si el participante es menor de edad o requiere representación legal por otro motivo, detallar la RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE (hecho que demuestro mediante presentación del documento oficial que así lo demuestra y de mi documentación de identidad personal): _____</p> <p>NOMBRE DEL FIRMANTE _____</p> <p>DNI _____ FECHA _____</p>	<p>FIRMA PARTICIPANTE 1:</p>	<p>HUELLA PARTICIPANTE 1:</p>
---	------------------------------	-------------------------------

<p>PARTICIPANTE 2:</p> <p>Si el participante es menor de edad o requiere representación legal por otro motivo, detallar la RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE (hecho que demuestro mediante presentación del documento oficial que así lo demuestra y de mi documentación de identidad personal): _____</p> <p>NOMBRE DEL FIRMANTE _____</p> <p>DNI _____ FECHA _____</p>	<p>FIRMA PARTICIPANTE 2:</p>	<p>HUELLA PARTICIPANTE 2:</p>
---	------------------------------	-------------------------------

<p>PARTICIPANTE 3:</p> <p>Si el participante es menor de edad o requiere representación legal por otro motivo, detallar la RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE (hecho que demuestro mediante presentación del documento oficial que así lo demuestra y de mi documentación de identidad personal): _____</p> <p>NOMBRE DEL FIRMANTE _____</p> <p>DNI _____ FECHA _____</p>	<p>FIRMA PARTICIPANTE 3:</p>	<p>HUELLA PARTICIPANTE 3:</p>
---	------------------------------	-------------------------------

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

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.

