

Consentimiento informado para Análisis Genético

Nombre del paciente: _____

No. de ID del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Médico que lo deriva: _____

Nota para el proveedor de atención médica que lo deriva: Algunos estados exigen que los pacientes (o sus representantes autorizados) brinden su consentimiento informado por escrito antes de que se les practiquen análisis genéticos y, además, que el proveedor de atención médica que los deriva conserve la documentación del consentimiento informado en los registros médicos del paciente. El presente formulario pretende ayudarlo con la obtención del consentimiento informado del paciente, de conformidad con las leyes aplicables.

En mi calidad de paciente/representante autorizado, comprendo lo que se muestra a continuación y doy libremente mi consentimiento para este análisis genético:

• **Descripción general y objetivo del análisis:** Mi proveedor de atención médica ha recomendado que a mí (o a mi hijo) se nos realice el siguiente análisis genético: _____

• Mi proveedor de atención médica ha explicado que el objetivo de este análisis es buscar mutaciones o alteraciones genéticas que se sabe que están asociadas a las siguientes enfermedades genéticas, afecciones o terapia farmacéutica: _____

He repasado junto con mi proveedor de atención médica la información acerca de este análisis específico y las enfermedades o afecciones relevantes que se intentarán detectar, y mi proveedor de atención médica ha explicado los riesgos y beneficios del análisis. (Hay disponible información específica del análisis en el sitio web de LabCorp o de su filial en <https://www.labcorp.com>).

• **Restricciones del análisis:** Este análisis analiza regiones genéticas específicas y no elimina la posibilidad de que haya una variante sin detectar en otras regiones genéticas. El ADN del donante de trasplantes y las transfusiones recientes pueden llevar a resultados inexactos. Como sucede con cualquier análisis de laboratorio, es posible que haya errores.

• **Asesoría genética disponible antes y después del análisis:** Se me ha proporcionado información acerca de la obtención de asesoría genética antes de que brinde mi consentimiento para este análisis. Además, entiendo que mi proveedor de atención médica puede llegar a recomendarme que consulte con un genetista, consultor genético o médico después de que se complete el análisis.

• **Significado de un resultado positivo:** Un resultado positivo indica que yo (o mi hijo) podemos tener una predisposición para tener las enfermedades o afecciones específicas que se busca detectar. Puede que desee considerar otras pruebas independientes o consultar con un médico o consultor genético. Además comprendo que la capacidad de los análisis genéticos de proporcionar información de riesgo y el nivel de certeza asociado a un análisis positivo varía según el tipo de análisis. De corresponder, se me ha proporcionado información acerca del nivel de certeza del resultado positivo de este análisis.

• **Significado del resultado negativo del análisis:** Un resultado negativo indica que la variante clínicamente significativa que se ha analizado no se detectó. Los resultados negativos también pueden deberse a: 1) contaminación materna de muestras prenatales; 2) motivos técnicos (es decir, calidad insuficiente de la prueba) o 3) que es necesario analizar a otros familiares. He analizado con mi proveedor de atención médica la información acerca de la tasa de detección para las enfermedades/afecciones y entiendo que un resultado negativo no garantiza que yo (o mi hijo) no desarrollaremos la enfermedad/afección con respecto a la cual se llevó a cabo el análisis.

• **Reconocimientos adicionales para los resultados de los análisis prenatales:** Comprendo que los resultados normales o negativos de los análisis no garantizan un nacimiento sin que haya una enfermedad específica o un defecto congénito con respecto al cual se llevó a cabo el análisis. Asimismo, en todos los embarazos, existe un porcentaje que presenta defectos congénitos y que no puede detectarse mediante el análisis de vellosidades coriónicas, líquido amniótico o examen por ultrasonido. En el caso de gemelos o de fetos múltiples, los resultados pueden pertenecer solo a uno de los fetos. En el caso de resultados anormales o positivos, la decisión de continuar o de interrumpir el embarazo es totalmente mía.

• **Divulgación de los resultados del análisis:** Todos los análisis son confidenciales y solo se entregarán al proveedor de atención médica que hizo la derivación (o a su representante designado), salvo que el paciente requiera otra cosa por escrito o según lo exija la ley.

• **Retención de las muestras:** Solo los análisis autorizados por mi proveedor de atención médica serán practicados en mi muestra (o en la de mi hijo). La muestra se destruirá al finalizar el proceso del análisis o hasta un plazo de 60 días luego de extraerse la muestra, salvo que expresamente permita por escrito un plazo mayor de conservación.

Su firma en este formulario indica que entiende satisfactoriamente la información sobre el análisis genético que ordenó su prestador de atención médica y que acepta que se le realicen los análisis.

Firma del paciente o representante autorizado del paciente

Fecha

Relación con el paciente (Si es el representante autorizado del paciente)

Fecha

Firma del proveedor de atención médica

Fecha



www.LabCorp.com