

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS GENÉTICAS Y MOLECULARES

Médico que informa.....del Servicio.....
Persona a quien informa (DNI).....
Relación con el paciente.
Testigo de la información(DNI).

Declaro estar informado y haber comprendido que (nombre del paciente o familiar)
puede estar afectado o ser portador de un trastorno genético hereditario y que el diagnóstico
se basa en los resultados de pruebas de laboratorio, las cuales se realizan a partir de
muestras biológicas del paciente, y de otros familiares cuando sea necesario.

Doy consentimiento al equipo médico del Hospital para utilizar estas muestra para el proceso
diagnóstico, en el propio Complejo Hospitalario “La Mancha Centro” y/o en otros centros
designados por éste, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras, para
posibles investigaciones futuras sobre la enfermedad genética.

SI NO

Doy consentimiento para la utilización de las muestras como población control en otros estudios
científicos dirigidos a mejorar el conocimiento de otras enfermedades genéticas.

SI NO

Se me ha informado que tengo derecho a decidir si quiero saber o no el resultado de las
pruebas realizadas, y que tengo derecho a cambiar de opinión en el futuro. Actualmente

- Sí deseo conocer el resultado en relación a la patología estudiada.
- No deseo conocer el resultado en relación a la patología estudiada.

- Sí deseo conocer el resultado en relación a otras patologías.
- No deseo conocer el resultado en relación a otras patologías.

Alcázar de San Juan a,de.de.
.....

Firma del médico

Firma del paciente
o persona responsable

Firma testigo
Relación con el paciente