

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Confirmando que tengo la mayoría de edad legalmente reconocida para firmar este consentimiento o tengo la autoridad legal para hacerlo en nombre del menor y/o discapacitado intelectual de acuerdo con las leyes españolas.
- La información personal que he proporcionado es verídica y fiable.
- Comprendo que en algunas ocasiones, el laboratorio podría tener dificultades en analizar mi muestra y que una segunda muestra podría ser requerida.
- Tengo conocimiento de la existencia de un test de ADN que permite saber si yo/mi familiar tengo/tiene la enfermedad/predisposición genética _____ por lo que accedo/accedemos a la realización de dicho test.
- Comprendo que algunos test genéticos pueden aportar valores de referencia y no siempre suponen, por sí solos, un elemento de diagnóstico clínico. También entiendo que Laboratorio Echevarne no tiene responsabilidad sobre una posible afectación psicológica a mí, a mi familia o a entidades terceras debido a los resultados de mis análisis genéticos.
- Durante el proceso de análisis del estudio tengo derecho a decidir no ser informado de los resultados del estudio. Sin embargo, cuando la información obtenida sea considerada relevante como para poner en peligro mi vida o la de mis familiares biológicos, Laboratorio Echevarne podrá informar a un familiar directo o a su representante legal.
- Los datos de carácter personal pueden ser conocidos por las personas implicadas en el proceso de análisis genético en el ejercicio de sus funciones. Dichas personas conocen el deber del secreto y su obligación de mantenerlo incluso después de haber concluido su relación con Laboratorio Echevarne.
- El estudio genético puede ser derivado total o parcialmente a un laboratorio externo por decisiones técnicas.
- Autorizo a Laboratorio Echevarne a conservar mis datos personales por tiempo indefinido. No obstante, siempre podré hacer uso de mi derecho de cancelación de la presente autorización.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, previa petición por escrito. Este derecho no exime de las obligaciones económicas contraídas al solicitar el test.
- Tengo derecho a que sean respondidas todas las preguntas formuladas por mí o por mi representante legal sobre el estudio que se me va a realizar.
- Soy conocedor de que los informes analíticos están destinados a su valoración por los profesionales sanitarios, en especial, el médico prescriptor, que es el único que dispone de la historia clínica completa que permite tomar decisiones sobre cualquier tratamiento de salud.
- Mi consentimiento es completamente voluntario.
- Mi consentimiento no libera de sus responsabilidades a las personas y/o entidades implicadas en todo el proceso del análisis dejando a salvo todos mis derechos garantizados por ley.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:

E-mail:

Teléfono:

Fecha:

Firma:

***En caso de que la persona sea menor de edad o presente discapacidad intelectual,
cumplimentar con los datos del representante legal:***

Nombre completo:

E-mail:

Teléfono:

Fecha:

Firma: