

PETICIÓN DE PRUEBAS DE GENÉTICA MOLECULAR

PACIENTE: CODIGO: EDAD: SEXO: TELÉFONO DE CONTACTO:	FECHA: LUGAR DE NACIMIENTO:
--	--

MÉDICO SOLICITANTE:	
TEST SOLICITADO:	
DIAGNÓSTICO:	PRESINTOMÁTICO*:

- En caso de ser un test presintomático (determinar riesgo a padecer una enfermedad en un individuo aún sano) debe adjuntarse cumplimentado y debidamente firmado el Modelo de Consentimiento Informado [F-1053].

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD (incluir edad al inicio de los síntomas, resultados de otros tests realizados, clínica relevante, enfermedades concomitantes):

ANTECEDENTES FAMILIARES PARA LA ENFERMEDAD

		SANOS	ENFERMOS
PADRE			
MADRE			
HERMANAS			
HERMANOS			
HIJAS			
HIJOS			
ABUELA	MATERNA		
	PATERNA		
ABUELO	MATERNO		
	PATERNO		
TIOS	MATERNOS		
	PATERNOS		
TIAS	MATERNAS		
	PATERNAS		
PRIMAS	MATERNAS		
	PATERNAS		
PRIMOS	MATERNOS		
	PATERNOS		

PERSONA QUE CUMPLIMENTA LA PETICIÓN: