

# Peticionario de análisis

## Test Requisition Form

**FRAT™**  
Folate Receptor Antibody Test

\* Campos obligatorios / Required fields

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO-CENTRO SOLICITANTE / ORDERING PHYSICIAN-FACILITY INFORMATION**

Solicitante / Physician name: *		Tipo de muestra / Specimen type: *	Fecha extracción / Date Specimen Collected: *	Hora extracción / Time Specimen Collected:
Centro-Hospital / Facility name: *		Telephone / Teléfono: *	Nº de FAX / Secure Fax:	
Calle / Street:				
City / Ciudad: *	CP / ZIP:	PAÍS / COUNTRY: *		
Diagnóstico / Diagnosis*		Código(s) diagnósticos / Diagnosis Code(s):		

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO / PHYSICIAN CONSENT ACKNOWLEDGEMENT**

Con la presente, declaro que el/la paciente y/o el tutor legal del paciente a quien obedece esta solicitud, ha sido informado/a de los beneficios, implicaciones y limitaciones de la prueba a realizar. Certifico que he dado respuesta a todas las cuestiones que me ha planteado, y que el/la paciente y/o tutor legal ha rellenado y firmado el oportuno CONSENTIMIENTO INFORMADO, que será debidamente custodiado por el facultativo que suscribe. Confirmando que la persona que figura como el médico solicitante y ha firmado a continuación, está autorizado por ley para ordenar las pruebas aquí solicitadas.

I hereby confirm that the patient specified below and/or their legal guardian has been informed about the benefits, implications, and limitations of the test to be performed. I certify that all the questions regarding the test have been responded and that the patient or legal guardian specified below has filled out and signed the appropriate INFORMED CONSENT, which will be duly guarded by the undersigned physician. I confirm that the person listed as the ordering physician who has signed below is authorized by law to order the test requested herein.

Firma del médico / Physician Signature \*

Fecha (MM/DD/AAAA) / Date (MM/DD/YYYY): \* / /

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE / PATIENT INFORMATION**

Nombre paciente / Patient First Name: *	Apellido paciente / Patient Last Name: *	Tutor (si no es el paciente) / Guardian (if other than the patient): *		
Fecha de Nacimiento / DOB: *	Hombre / Male <input type="checkbox"/>	Mujer / Female <input type="checkbox"/>	Relación con el paciente / Relationship to Patient: *	
Calle / Street:		Calle / Street:		
Ciudad / City: *	CP / ZIP: *	Ciudad / City: *	CP / ZIP: *	
Teléfono / Teléfono: *		Teléfono / Teléfono: *		

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE & AUTORIZACIONES / PATIENT CONSENT & AUTHORIZATIONS**

Por medio del presente documento, autorizo a Iliad Neurosciences situado en 5110 Campus Drive, Suite #150 | Plymouth Meeting, PA 19462 (EEUU) a realizar el test FRAT y tratar los resultados y el manejo médico apropiado con mi especialista. Confirmando que me han dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que tuviera; he recibido respuesta a todas mis preguntas y me han proporcionado suficiente tiempo para reflexionar en base a la información y sobre mi decisión de realizar este test. Confirmando que estoy enviando esta muestra biológica de manera voluntaria y acepto que con ella únicamente se realizará el test indicado en este peticionario. Entiendo que mi médico ha determinado que este test es apropiado para mí y autorizo a SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA, provista de CIF nº A-59845875, y domicilio social en C/ Verge de Guadalupe 18, 08950 Esplugues de Llobregat, España, a enviar mi muestra a Iliad Neurosciences para realizar el test FRAT, así como a que los resultados sean remitidos a mi especialista. Firmando a continuación acepto todo lo anterior:

By means of this document I authorize Iliad Neurosciences located at 5110 Campus Drive, Suite #150 | Plymouth Meeting, PA 19462 (USA) to perform the FRAT test and discuss the results and appropriate medical management with my specialist. I acknowledge that I have been given the opportunity to ask any questions I may have; I have received answers to all my questions and I have been given enough time to reflect on the information and on my decision to accept this test. I agree that I am voluntarily submitting this biological sample for analysis and I accept that only the test indicated on this TRF will be performed. I confirm that my healthcare provider has determined that this test is appropriate for me and I authorize SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA, provided with CIF number A-59845875, and registered office at C / Verge de Guadalupe 18, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain, to send my sample to Iliad Neurosciences to perform the FRAT test, as well as for the results to be sent to my specialist. By signing below, I accept all the above statements:

Firma del paciente/tutor legal/ Patient or guardian signature: \*

Fecha (MM/DD/AAAA) / Date (MM/DD/YYYY): \* / /

De conformidad con el GDPR (UE) 2016/679, la LOPDGD 3/2018 y la ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente, le informamos que deberá FIRMAR el documento DE CONSENTIMIENTO INFORMADO "RECOGIDA DE MUESTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS" en el que se especifique claramente quién es el responsable de la protección de sus datos, así como el uso que se va a hacer de ellos y en el que se mencionan sus derechos.

Pursuant to GDPR (UE) 2016/679, the LOPDGD 3/2018 and Spain's Data Protection Act and the Patient Autonomy (Regulation) Act 41/2002, we notify you that you will have to SIGN the INFORMED CONSENT document "SAMPLE COLLECTION / DELIVERY OF RESULTS", in which the responsible of your data protection is clearly stated, as well as the use of your personal data, and in which your rights are specified.