

D/Dña. _____
_____ mayor de edad,
con D.N.I. _____, vecino/a de _____
calle _____
nº _____ teléfono _____

> MANIFIESTO:

Que fui informado/a por el médico/a. _____

de que un test genético consiste en el examen de ADN/ARN destinado a detectar o descartar la presencia de una enfermedad hereditaria o detectar si soy portador/a de una alteración asociada a dicha enfermedad. El test genético no siempre es informativo y, a veces, no se logran obtener resultados concluyentes. Dichos resultados tienen implicaciones familiares y podría ser necesario realizar estudios a estos familiares para determinar sus riesgos en la enfermedad o enfermedades estudiadas. Comprendí toda la información que se me proporcionó y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

> CONSENTO:

A los facultativos del Servicio de _____

_____ que obtengan las muestras sobre las que se practiquen las pruebas necesarias y el test genético si procede.

Que se informe del resultado a otros profesionales de la salud que tengan responsabilidad asistencial sobre mi caso.



Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firmo dos ejemplares en: _____ a _____

de _____ de _____

Firma paciente

Firma representante legal

Firma Facultativo

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña. _____

D.N.I. _____ en calidad de _____

El día _____ decidí REVOCAR el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma paciente

*Firma testigo
(o persona autorizada)*

Firma Facultativo

Beneficios esperados, riesgos y posibles acontecimientos adversos

Estos análisis son de cribado, por ello debe tenerse en cuenta que existe la posibilidad de obtener un resultado falso negativo o positivo. Falso positivo sería identificar como posible afecto aquel que no lo es y falso negativo sería no identificar como afecto al que sí tiene la enfermedad. Ante cualquier duda es posible la repetición de los análisis.