

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante el presente documento de **Consentimiento informado** confirmo que he requerido el diagnóstico genético-molecular de

.....

en mi familia y que para ello he cedido voluntariamente una muestra de sangre (o he autorizado su cesión por parte del menor(es) de edad del que soy representante legal), con el fin de que se pueda proceder a este análisis. La extracción de sangre correrá a mi cargo y deberá ser realizada por personal cualificado.

El servicio de diagnóstico se compromete a utilizar dichas muestras exclusivamente para el citado fin y a destruirlas una vez se haya obtenido el diagnóstico y se haya realizado el informe correspondiente. El servicio de diagnóstico se compromete, además, a explicar los resultados e implicaciones del diagnóstico al paciente, a su familia y al médico responsable del paciente, si ello fuese pertinente, así como a responder a cuantas dudas o preguntas pudieran surgir a lo largo del proceso. Asimismo, sé que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, procediéndose a la destrucción inmediata de las muestras que hubiera cedido o de las que hubiera autorizado la cesión, sin perjuicio de abonar el presupuesto del servicio de diagnóstico, previamente aceptado. Este informe será considerado y tratado en todo momento de manera estrictamente confidencial.



Y para que conste mi consentimiento, firmo el presente documento.

Lugar y fecha:

Nombre completo y firma:

DNI:

Si corresponde, nombre completo del (los) menor(es) de edad:

Si corresponde, nombre completo de los miembros de la familia implicados en el diagnóstico genético familiar a los que represento:

El/la responsable del servicio de diagnóstico OrigoGEN

ROSER GONZÁLEZ DUARTE