

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE _____ EDAD _____

TIPO DE DOCUMENTO*: (Señale con una X) CC TI RC CE OTRO CUAL: _____

NUMERO DE DOCUMENTO: _____ SEDE: _____

FECHA: AÑO - MES - DIA HORA: _____.

*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil CE: Cedula de extranjería

SEÑOR(A) USUARIO (A)

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **clara** y **suficiente** acerca del estudio y/o procedimiento a realizar, el cual permitirá al personal de salud hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y solicite explicación al personal que le brindara la atención en caso de inquietudes.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La identificación, mediante el presente estudio genético, de una mutación patogénica resulta diagnóstica de la enfermedad, mientras que la no identificación, no resulta excluyente de la patología.

Toda la información personal (clínica, genética, etc.) será recogida y tratada de forma confidencial respetando en todo momento los principios éticos básicos de la investigación con muestras biológicas y según lo establecido por la legislación vigente (Resolución 99/1995 que establece el manejo de historias clínicas).

BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS

BENEFICIOS La identificación, mediante el presente estudio genético, de una mutación patogénica resulta diagnóstica de la enfermedad, mientras que la no identificación, no resulta excluyente de la patología

ALTERNATIVAS: El estudio genético propuesto se considera la mejor estrategia diagnostica disponible en la actualidad y para este caso clínico concreto. No obstante, podrían aparecer nuevos hallazgos clínicos o descubrimientos científicos que indiquen la necesidad de realizar otras técnicas genéticas complementarias.

RIESGOS E IMPLICACIONES

RIESGOS: En ocasiones, los resultados pueden llevar a situaciones de incertidumbre diagnóstica debidos a la presencia, en determinados individuos, de alteraciones poco frecuentes en la estructura del ADN o ARN.

Ocasionalmente podría producirse un fracaso técnico o una deficiencia de la calidad de la muestra biológica en cuyo caso podría solicitarse una nueva toma de muestra.

Una vez completado el estudio genético, una muestra de ADN, debidamente codificada, quedará en custodia en el laboratorio siguiendo los criterios de calidad establecidos.

IMPLICACIONES: El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar un diagnóstico, resultado y tratamiento, previniendo la enfermedad y rehabilitando al paciente, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos.

En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico

AUTORIZACION DE PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

Yo _____ en calidad de paciente o persona responsable identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, los cuales por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

Acepto la realización del examen SI **NO**

Existe cierta probabilidad de que se produzcan hallazgos fortuitos relacionados con las patologías objeto de estudio, estos pueden tener un impacto significativo sobre mi salud y/o la de mis familiares

Deseo ser informado sobre estos hallazgos SI NO

En caso de decidir no ser informado, entiendo que, a pesar de ello, cuando esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para la salud de mis familiares biológicos, a criterio del médico responsable, se podrá informar a los afectados o a su representante legalmente autorizado. En todo caso, la comunicación se limitará exclusivamente a los datos necesarios para esas finalidades.

Firma Paciente o Persona responsable (parentesco)

Documento de identificación

Nombre y apellido del responsable de la atención

Documento o registro Profesional

DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo)

Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

_____.

Firma Paciente/Representante/Acudiente

Documento de identificación

Pegar los Sticker de ingreso.