



UMassMemorial

Laboratories

Solicitud y Consentimiento de diagnóstico molecular

UMass Memorial Medical Center, Inc.
One Biotech, 365 Plantation St., Worcester, MA 01605
Customer Service: 800-476-4431

BARCODE LABEL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE RECOLECCIÓN: ___/___/___

HORA DE RECOLECCIÓN: ___ AM/PM

Table with patient information: APELLIDO DEL PACIENTE, NOMBRE, Iniciales 2º nom., FECHA DE NACIMIENTO, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, C.P., NÚM. DE SEGURO SOCIAL, TELÉFONO. Includes checkboxes for Hombre and Mujer.

Con mi firma a continuación, autorizo al Departamento de Laboratorios de hospitales de UMMMC o a su laboratorio de referencia realizar las pruebas genéticas indicadas:

Muestra: _____ Fecha de recolección: _____

Pruebas: _____

Comprendo lo siguiente:

- 1. La prueba es voluntaria y tengo el derecho de rechazar el examen.
2. Debo proporcionar un consentimiento informado antes de que la prueba diagnóstica se realice con el fin de identificar genes, anomalías genéticas adquiridas o heredadas, o la presencia o ausencia de características adquiridas o heredadas en el material genético (ADN, ARN, cromosomas o proteínas).
3. Se ha explicado el propósito de cada prueba, incluyendo una descripción de la enfermedad o padecimiento para los que se solicitan las mismas.
4. He analizado los usos y limitaciones de cada prueba requerida con mi médico independiente (es decir, ¿Qué significan los resultados positivos o negativos de la prueba?).
5. Puede ocurrir que el resultado de la prueba positivo o negativo sea falso y que fuera necesario realizar una prueba adicional para confirmar o aclarar la interpretación de los resultados de la prueba.
6. Pueden ocurrir errores en diagnósticos en estudios genéticos familiares, si la relación biológica verdadera de los miembros de la familia es desconocida o distinta a la indicada. La prueba genética puede sugerir la no paternidad y puede ser necesario obtener otras muestras y/o reportar este hallazgo al médico que realiza la investigación.
7. La asesoría genética es importante y está disponible para mí. Comprendo que la asesoría genética esta disponible para mi a través del Servicio de genética de UMMMC (508-856-3949) o:
8. Mi muestra puede ser enviada por el UMMMC Department of Hospital Laboratories a otro laboratorio acreditado para la prueba, en caso de que los laboratorios UMMMC no puedan realizar la prueba requerida.
9. Un registro de la prueba realizada y los resultados de la misma formarán parte de mi expediente en el hospital, incluida la versión electrónica del mismo. Estos resultados son confidenciales. Comprendo que el personal autorizado de UMMMC puede ver estos resultados y puede reportarlos a mi médico independiente según las políticas de UMMMC. Los cargos por esta prueba, junto con una indicación de la prueba realizada, serán presentados ante mi seguro médico.
10. Se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas sobre las pruebas ordenadas y se me ha informado sobre los resultados de la pruebas.
11. Al término de la prueba, una porción de la muestra puede hacerse anónima y usarse para validación de pruebas o con propósitos de investigación. Una vez que el material se ha hecho anónimo, su fuente original ya no podrá ser identificada.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO O PACIENTE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA