



# CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Confirmando que la información expuesta anteriormente se me ha explicado en relación con la prueba:**

1. Los resultados de esta prueba podrían mostrar que yo o mis familiares padecemos una enfermedad hereditaria o que el riesgo de estar afectados por una enfermedad genética es alto. Entiendo que esta prueba podría detectar relaciones biológicas no reconocidas anteriormente, como que no hay paternidad.
2. Soy consciente de que los resultados de esta prueba podrían no ser concluyentes sobre mi estado genético. Mientras que se sabe que algunas variantes genéticas causan enfermedades y que otras son benignas, una parte de las variantes genéticas que se descubren no tienen una significación clara. En función de los resultados de esta prueba, mi médico puede recomendarme asesoramiento genético o más pruebas para mí o mis familiares.
3. Entiendo que puede presentarse un resumen anónimo de los resultados de esta prueba en, por ejemplo, reuniones, publicaciones científicas y/o bases de datos variantes de ADN con el fin de mejorar el entendimiento, diagnóstico y tratamiento de cuadros clínicos similares. Nunca se presentará información de identificación.
4. Si he seleccionado la opción de facturación de seguro para pacientes, autorizo a mi seguro médico o compañía aseguradora a pagar mis prestaciones del seguro directamente a Blueprint Genetics. Autorizo a Blueprint Genetics a proporcionar información a mi asegurador en referencia a mi prueba. Entiendo que soy legalmente responsable de enviar a Blueprint Genetics cualquier dinero recibido de mi compañía aseguradora por la realización de esta prueba genética. Si mi seguro no cubre estos servicios, o si solamente cubre parte de la cantidad, soy responsable de los costes restantes de la prueba.
5. Soy consciente de que no consentir cualquiera de las secciones que vienen a continuación no afectará de ninguna manera a mi tratamiento. Si no se marca ninguna casilla en esta sección, se asume que no se da el consentimiento.
6. **Consentimiento diferente para el almacenamiento de las muestras en Blueprint Genetics durante 3 años a efectos de pruebas en familiares.** Marcando la casilla correspondiente a continuación doy mi consentimiento al almacenamiento durante 3 años de la muestra de ADN en el laboratorio de análisis clínicos de Blueprint Genetics a efectos de pruebas en familiares. Sin esta autorización, la muestra se almacenará durante unos 12 meses.

- Doy mi consentimiento al almacenamiento durante 3 años de la muestra para pruebas en familiares.
- No doy mi consentimiento al almacenamiento durante 3 años de la muestra para pruebas en familiares.

7. **Consentimiento diferente para la utilización de la investigación y almacenamiento a largo plazo.** Marcando la casilla correspondiente a continuación doy mi consentimiento para el almacenamiento a largo plazo de la muestra de ADN en el laboratorio de análisis clínicos de Blueprint Genetics (sin un consentimiento diferente para el almacenamiento a largo plazo, las muestras de ADN se almacenan durante unos 12 meses) para la utilización de la muestra de ADN en enfermedades mendelianas hereditarias y los intentos de mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mencionadas. La información del estudio que me concierne se tratará como información confidencial y codificada de tal manera que mi identidad no podrá descubrirse sin el código clave, que está en posesión del médico investigador de Blueprint Genetics. En caso necesario, esa información del estudio codificada se procesará dentro o fuera de la Unión Europea y se proporcionará para su uso por otro grupo investigador o empresa que participen en el estudio. Por la presente doy mi consentimiento para la utilización de la información del estudio mencionada anteriormente para los propósitos establecidos en este consentimiento. La información se conservará durante 50 años.

Entiendo que mi consentimiento para la utilización de la investigación de la muestra recogida con fines diagnósticos es voluntario y que puedo retirar este consentimiento y cancelar mi participación en cualquier momento antes de la finalización del estudio. Soy consciente de que la información recabada hasta la fecha de mi retirada se utilizará como parte del material de investigación.

- Doy mi consentimiento a la utilización de la investigación y almacenamiento a largo plazo de la muestra como se define en la Sección 7 mencionada anteriormente.
- No doy mi consentimiento a la utilización de la investigación y almacenamiento a largo plazo de la muestra como se define en la Sección 7 mencionada anteriormente.

- Doy permiso a Blueprint Genetics para que contacte conmigo en relación con investigación genética adicional y/u otros servicios genéticos relevantes para mí en el futuro. Puedo renunciar a este contacto en cualquier momento.

<b>PACIENTE / FAMILIAR</b> (paciente, familiar o representante legal. Si no lo firma el paciente, indique su relación con él).	
Reconozco que al firmar este formulario he leído el consentimiento informado y entendido su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario, y se han respondido.	
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Firma:</b>	<b>Fecha de firma:</b>