

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confirmando que se me ha explicado la siguiente información con respecto a la prueba:

- Los resultados de esta prueba pueden revelar que yo y/o los miembros de mi familia padecemos una enfermedad hereditaria o que tenemos un mayor riesgo de padecer una enfermedad genética. Entiendo que esta prueba puede detectar relaciones biológicas previamente no detectadas, como puede ser un resultado negativo de paternidad.
- Soy consciente de que los resultados de esta prueba podrían no ser concluyentes respecto a su estado genético. Aunque se sabe que algunas variantes genéticas son patogénicas y otras son benignas, una parte de las variantes genéticas detectadas tienen un significado incierto. Dependiendo de los resultados de esta prueba, el médico puede recomendarme asesoramiento genético o que tanto yo como los miembros de mi familia nos hagamos otras pruebas.
- Entiendo que se puede utilizar un resumen anonimizado de los resultados de esta prueba en, por ejemplo, reuniones, publicaciones científicas y/o en bases de datos de variantes de ADN con el fin de mejorar los conocimientos, diagnósticos y tratamientos de cuadros clínicos similares. Nunca se presentarán datos identificativos.
- Si he seleccionado la opción de facturación del seguro del paciente, autorizo a mi seguro médico o proveedor de seguros a pagar las prestaciones del seguro directamente a Blueprint Genetics. Autorizo a Blueprint Genetics a divulgar información sobre mis pruebas a mi aseguradora. Entiendo que soy legalmente responsable de enviar a Blueprint Genetics el dinero recibido de mi compañía de seguros para la realización de esta prueba genética. Si mi seguro no cubre estos servicios o solo cubre parte del total, yo soy responsable de los costos restantes de esta prueba.
- Soy consciente de que no aceptar ninguno de los apartados de los que se deben seguir no afectará de ninguna manera a mi tratamiento posterior. Si no marca ninguna casilla en una sección, se entenderá que no otorga su consentimiento.
- Consentimiento por separado para el almacenamiento de muestras en Blueprint Genetics durante 3 años con el propósito de realizar una segregación familiar.** Al marcar la casilla correspondiente a continuación, doy mi consentimiento para el almacenamiento durante 3 años de la muestra de ADN en el laboratorio de diagnóstico de Blueprint Genetics con el propósito de realizar una segregación familiar. Sin este permiso, la muestra se almacenará durante aproximadamente 12 meses y se desechará tras este periodo, a menos que las leyes aplicables exijan una eliminación más temprana.

Doy mi consentimiento para el almacenamiento de 3 años de la muestra con el propósito de realizar una segregación familiar.

- Consentimiento por separado para el uso en investigación y el almacenamiento a largo plazo.** Al marcar la casilla correspondiente a continuación, doy mi consentimiento para el almacenamiento a largo plazo de la muestra de ADN en el laboratorio de diagnóstico de Blueprint Genetics (sin el consentimiento por separado para el almacenamiento a largo plazo, las muestras de ADN se almacenan generalmente durante aproximadamente 12 meses) para el uso de la muestra de ADN en la investigación de enfermedades hereditarias mendelianas y los esfuerzos por mejorar el diagnóstico y el tratamiento de dichas enfermedades. Los datos de investigación sobre mi persona serán tratados como información confidencial y codificados de tal manera que mi identidad no pueda ser revelada sin el código clave en posesión del médico investigador de Blueprint Genetics. Cuando sea necesario, los datos de investigación codificados también podrán tratarse dentro o fuera de la Unión Europea y publicarse para que los utilice otro grupo de investigación o empresa que participen en el estudio. Por la presente doy mi consentimiento para el uso de los datos de investigación antes mencionados para los fines establecidos en este consentimiento. Los datos se conservarán durante 50 años.

Entiendo que mi consentimiento para el uso de la muestra para fines de diagnóstico en la investigación es voluntario y que puedo cancelar este consentimiento y retirar mi participación en cualquier momento antes de la finalización del estudio. Soy consciente de que los datos recopilados hasta la fecha de la retirada de mi consentimiento se utilizarán como parte del material de investigación.

Doy mi consentimiento para el uso en investigación y el almacenamiento a largo plazo de la muestra, tal como se establece en la sección 7 anterior.

Más información sobre cómo procesamos los datos personales: <https://blueprintgenetics.com/privacy/>

- Otorgo permiso a Blueprint Genetics para contactarme sobre investigaciones genéticas adicionales u otros servicios genéticos relevantes para mí en el futuro. Puedo retirar dicho contacto en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE

Al firmar este formulario, reconozco que he leído el Consentimiento informado y que comprendo su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y he recibido las respuestas correspondientes.	
Nombre del paciente (en mayúscula):	Fecha de nacimiento del paciente (AAAA-MM-DD):
Firma del paciente:	Fecha (AAAA-MM-DD):
Nombre y relación del representante legal, si el paciente es menor de edad (en mayúscula):	Firma del representante legal, si el paciente es menor de edad: