

Consentimiento Informado del Paciente para la Realización de Pruebas Genéticas:

Yo, _____ (“Paciente”), autorizo a BayCare a recolectar muestras para la realización de pruebas genéticas según lo recomendado por mi proveedor de atención médica. Se me informaron todos los riesgos asociados con la recolección de estas muestras. Entiendo que la muestra se utilizará con el propósito de intentar determinar si tengo un cambio genético asociado con una enfermedad. Entiendo que puede haber una discriminación potencial por la atención y discapacidad a largo plazo y por parte de las compañías de seguros de vida en función de los resultados de las pruebas genéticas. Los resultados pueden indicar un estado afectado, un mayor riesgo de verse afectado a una edad posterior y/o el riesgo de tener hijos afectados con una condición en el futuro. Además, entiendo que existe la posibilidad de que el resultado de esta prueba no pueda interpretarse de forma definitiva como positivo o negativo.

Por otra parte, reconozco que un proveedor de atención médica o una persona autorizada, como un consejero genético, ha abarcado en su totalidad lo siguiente:

- (a) Propósito y descripción de la prueba;
- (b) Método por el cual se administrará la prueba (muestra de saliva, extracción de sangre, otros);
- (c) La confiabilidad de los resultados positivos o negativos de las pruebas, y el nivel de certeza de que un resultado positivo de la prueba para esa enfermedad o condición sirve como predictor de tal enfermedad;
- (d) Disponibilidad e importancia de someterse a más pruebas, consultas médicas y consejería genética;
- (e) Una descripción general de cada enfermedad o condición específica analizada; y
- (f) Personas a quienes se pueden divulgar los resultados de las pruebas.

El laboratorio que realiza esta prueba genética divulgará los resultados al proveedor de atención médica que solicitó la prueba y a otros profesionales de la salud como se indica de manera específica en el formulario de solicitud de la prueba. Además, entiendo que los resultados de mi prueba se divulgarán a otras personas o agencias solo con la autorización firmada por mí o por la persona que he autorizado. Además, entiendo que mis resultados se darán a conocer a cualquier persona que, por ley, pueda solicitar y recibir los resultados de las pruebas.

Al firmar a continuación, el paciente reconoce que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y que se le ha informado que puede hacer otras en cualquier momento. El paciente también reconoce que ha aceptado de forma voluntaria la prueba genética y está dando su consentimiento para la recolección de muestras para su realización como se describe anteriormente. Si el paciente no tiene la capacidad para dar su consentimiento, este formulario lo firmará la persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente.

Yo, _____ (“Paciente”), NO autorizo a BayCare a recolectar muestras para pruebas genéticas.

Firma del Paciente/de la Persona Autorizada (Nombre de la Persona Autorizada, cuando corresponda) Fecha/Hora

Firma del Testigo Nombre del Testigo Fecha/Hora

Declaración del Proveedor de Salud

Con su firma a continuación, el proveedor de atención médica indica que le explicó al paciente el propósito de la prueba, los procedimientos, los beneficios y los riesgos que esta implica. A su Paciente se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento. El proveedor de atención médica reconoce que su paciente ha decidido realizarse la prueba de forma voluntaria.

Autorización del Proveedor de Atención Médica para Recolectar Muestras para la Realización de Pruebas Genéticas

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____ N.º de ID del Paciente: _____

Prueba Ordenada: _____

Firma del Proveedor de Atención Médica: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en Letra de Imprenta: _____ N.º de UPIN o NPI: _____

<p>1478</p> 	<p>P A T I E N T</p>
<p>PATIENT INFORMED CONSENT FOR GENETIC TESTING BC 6761S 07/21</p>	