



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS GENÉTICAS

Nombre del Paciente _____	Número del Expediente Médico _____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Indicación _____	
Tipo de muestra <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique) _____	
Prueba(s) a realizarse	
<input type="checkbox"/> Análisis Cromosómico Estándar	
<input type="checkbox"/> Microarreglo Cromosómico	
<input type="checkbox"/> X Frágil	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Turner/Síndrome de Klinefelter	
<input type="checkbox"/> FISH* (especificar):	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar):	

Solicito y autorizo a Dayton Children's Hospital Genetics Laboratories para realizar las pruebas antes designadas a mi muestra (o la de mi hijo/a). Mi firma más adelante constituye mi reconocimiento de haber recibido explicación de los beneficios, riesgos y limitaciones de estas pruebas a mi entera satisfacción por parte de un profesional de la salud calificado.

He recibido explicación de lo siguiente:

- Las pruebas genéticas podrían:
 - diagnosticar si yo tengo (o mi hijo/a tiene) alguna afección particular o estoy (está) en riesgo de desarrollar dicha afección
 - identificar una afección genética de la que no supiera que yo (o mi hijo/a) estaba en riesgo de padecer
 - indicar si yo soy (o mi hijo/a es) portador(a) de esta afección
 - predecir si otro familiar tiene, está en riesgo de tener, o es portador de este padecimiento
 - ser indeterminadas o negativas debido a mi estatus clínico (o el de mi hijo/a) al momento en que se extrajo la muestra o debido a limitaciones técnicas
 - revelar la no paternidad, especialmente en el contexto de pruebas familiares, o revelar una relación biológica entre la madre y el padre del individuo al que se le realiza la prueba
- Las pruebas genéticas podrían brindar información que ayude a mi diagnóstico (o al de mi hijo/a). Información clínica y antecedentes familiares podrían ser necesarios para la interpretación óptima de las pruebas. Se ha explicado el significado de un resultado positivo y uno negativo de una prueba con base en los antecedentes familiares.
- Si se identifica una anomalía genética, podrían verse afectadas tasas de seguro, obtención de seguro por discapacidad o de vida y la capacidad de inserción laboral. Las leyes federales extienden algunas protecciones al respecto de la discriminación genética (<http://www.genome.gov/10002328>). Es mi responsabilidad considerar el impacto posible de estos resultados. Todos los resultados se revelan al proveedor de atención médica que solicita las pruebas y a las partes que tienen derecho a recibirlas de acuerdo con las leyes estatales o locales.
- Son posibles diversas causas de error que incluyen, pero no se limitan a: mal manejo de muestras, mala identificación de muestras y contaminación de muestras.
- Las características de desempeño de esta prueba* fueron validadas por Dayton Children's Hospital Genetics Laboratories. Estados Unidos La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. no ha aprobado esta prueba, sin embargo, actualmente no se requiere la aprobación de la FDA para el uso clínico de esta prueba. Dayton Children's Hospital está autorizado de acuerdo con los Cambios para la Mejora de los Laboratorios Clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) para realizar pruebas de alta complejidad. Estos resultados no están diseñados para usarse como el único medio de diagnóstico clínico o decisiones de manejo de los pacientes.
- Podrían requerirse análisis o consultas adicionales con mi proveedor de atención médica (o el de mi hijo/a) para el diagnóstico o la interpretación de resultados.
- Podría recomendarse la asesoría genética antes y después de las pruebas genéticas.
- Mi muestra (o la de mi hijo/a) podrían almacenarse indefinidamente para usarse para validación de análisis o educación una vez que se hayan retirado los identificadores personales.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

El consentimiento del paciente/tutor fue otorgado verbalmente.

Médico/Asesor Genético:

He explicado las pruebas genéticas y sus limitaciones al paciente o al tutor legal y respondido todas las preguntas.

Nombre en Imprinta _____ Fecha _____

Firma _____