

Consentimiento para Pruebas Genéticas Predictivas

APELLIDO del paciente:		PRIMER nombre:	Inicial de SEGUNDO nombre:
Fecha de nacimiento:		No. de ID de paciente para registros de hospital/médicos:	
Prueba ordenada por:		Condiciones para las que se solicitan las pruebas genéticas:	
Nombre de laboratorio:		Nombre de pruebas:	
Ciudad / estado del laboratorio:			

- He revisado este formulario de consentimiento y el folleto "Educando al paciente sobre las pruebas genéticas de Nebraska" con mi proveedor de cuidado de salud.
- Me han dicho qué tipo de prueba es esta, y qué se supone que muestre.
- Me han hablado sobre los límites de esta prueba, y qué no me puede decir.
- He discutido los beneficios y riesgos de esta prueba con mi proveedor de cuidado de salud.
- Me han dicho quién podría tener acceso a la muestra para las pruebas. Sé que el laboratorio podría conservar los restos de la muestra. Sé que podría usarse para más pruebas o para control de calidad.
- Me han dicho cómo recibiré los resultados.
- Entiendo que los resultados podrían ser normales, anormales o inciertos.
- Me han dicho quién podría ver los resultados de las pruebas. Sé que los resultados se harán parte de mi registro médico confidencial (o el de mi hijo o pupilo).
- Sé que los doctores entenderán más sobre el significado de los resultados de las pruebas en el futuro. Por eso, debo comunicarme con mi proveedor de cuidado de salud de vez en cuando para ponerme al día.

Le pido a este laboratorio que realice estas pruebas. **Si las pruebas podrían darme información sobre más de una condición, esto es lo que deseo saber más allá de mi razón para la que me hago la prueba:**

Sí **No**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo enterarme sobre cambios genéticos conocidos que me pongan a mí o a mi hijo en riesgo de inmediato para problemas de salud que pueden ser tratados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo enterarme sobre cambios genéticos conocidos que podrían cambiar la forma en que mi doctor me trata a mí o a mi hijo. Esto incluye cambios que afectan la forma en que las medicinas funcionan en mi cuerpo y cambios que me ponen en mayor riesgo para enfermedades ahora y en el futuro. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo enterarme sobre cambios genéticos conocidos que podrían ponerme a mí o a mi hijo en mayor riesgo para enfermedades en el futuro, incluso si no hay nada que pueda hacer ahora para reducir el riesgo de la enfermedad. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo aprender sobre cambios genéticos (estatus como portador) que probablemente no serán dañinos para mí pero que podrían ser dañinos para mi hijo o nieto si estos le son transmitidos en el futuro. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo enterarme de resultados que podrían significar que mi árbol genealógico es diferente de lo que yo esperaba, como adopción, paternidad identificada incorrectamente o padres que son parientes cercanos de sangre. |

Estoy de acuerdo en que se le tome al paciente nombrado anteriormente una muestra para pruebas genéticas para las condiciones anotadas anteriormente:

_____ Elija uno: Yo mismo Padre Representante autorizado legalmente
Firma

Escriba en letra de molde el nombre del proveedor de cuidado de salud que explica la información anterior: _____

Firma de persona que explica la información anterior: _____ Fecha: _____

Si tengo preguntas, debo llamar a: _____ al _____

ORIGINAL: Coloque en el registro médico del paciente. Se considera aceptable retener una copia escaneada electrónicamente en el registro médico del paciente.

COPIA: El paciente o su representante recibirá una copia de este formulario lleno y una copia del folleto Educando al paciente sobre las pruebas genéticas de Nebraska.