

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR UN ANÁLISIS CITOGENÉTICO

Nombre del paciente _____		Fecha de nacimiento ____/____/____	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
Motivo del análisis _____			
Tipo de muestra	<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Médula ósea	<input type="checkbox"/> Tejidos
	<input type="checkbox"/> Sangre del cordón umbilical	<input type="checkbox"/> Amniocitos	<input type="checkbox"/> Velloidades coriónicas
Nombre del (de los) análisis que se llevarán a cabo _____			

Solicito y autorizo a ARUP Laboratories a llevar a cabo los análisis antes mencionados sobre mi muestra (o la de mi hijo/a o feto). Al firmar debajo, reconozco que un profesional de la salud capacitado me ha explicado los beneficios, riesgos y limitaciones de este análisis a mi entera satisfacción y que he recibido una copia de la información técnica correspondiente que describe los análisis antes mencionados.

Me han explicado lo siguiente:

1. El análisis citogenético podría:
 - a) diagnosticar que presento (o que mi hijo o feto presenta) una enfermedad en particular, o bien que me encuentro (o que mi hijo/a o feto se encuentra) en riesgo de desarrollarla;
 - b) identificar una enfermedad genética que no sabía que estaba en riesgo de desarrollar (o que mi hijo/a o feto estaba en riesgo de desarrollar);
 - c) indicar que soy portador de esta enfermedad (o que mi hijo/a o feto lo es);
 - d) predecir si otro miembro de la familia tiene, está en riesgo de desarrollar o es portador de esta enfermedad
 - e) brindar resultados poco claros o negativos debido a mi condición clínica (o la de mi hijo/a o feto) (posttransfusión, etc.) al momento de la recolección de la muestra o a causa de limitaciones técnicas
 - f) revelar la inexistencia de paternidad, especialmente dentro del contexto del análisis de otros familiares, o manifestar una relación biológica entre la madre y el padre de la persona bajo análisis
2. El análisis citogenético podría brindar información que ayude a determinar mi diagnóstico (o el de mi hijo/a o feto). Podría ser necesario contar con información clínica y antecedentes familiares para una interpretación óptima del análisis. Me han explicado la importancia de un resultado positivo y negativo en función de mis antecedentes familiares.
3. En caso de identificarse una anomalía cromosómica, esto podría afectar las tasas del seguro, la capacidad de obtener un seguro de vida o por discapacidad, o bien de obtener empleo. La legislación federal brinda determinadas protecciones respecto de la discriminación genética (<http://www.genome.gov/10002328>). Soy responsable de analizar el posible impacto de estos resultados. Todos los resultados de los análisis se entregarán al prestador de atención médica que los solicitó y a las partes que tengan derecho a recibirlos conforme a la legislación local y del estado.
4. Existen diversas fuentes de error, entre ellas: la manipulación incorrecta de la muestra, la identificación incorrecta de la muestra y la contaminación de la muestra.
5. Las características de rendimiento de este análisis fueron validadas por ARUP Laboratories, Inc. La Administración de Alimentos y Medicamentos (del inglés, FDA) no ha aprobado este análisis; sin embargo, actualmente no se requiere la aprobación de la FDA para el uso clínico de este análisis. ARUP se encuentra autorizado para llevar a cabo análisis de alta complejidad conforme a las Reformas para el acondicionamiento de los laboratorios clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) y la legislación de todos los estados. Los resultados no pretenden utilizarse como el único medio para realizar el diagnóstico clínico ni para tomar decisiones respecto del tratamiento que recibirá el paciente.
6. Seré responsable por el pago una vez iniciado el análisis genético, incluso si decido no conocer el resultado.
7. Es posible que el mi proveedor de salud (o el de mi hijo/a) requiera más análisis o consultas para determinar el diagnóstico o interpretar adecuadamente los resultados.
8. Se recomienda recibir asesoramiento genético antes de llevar a cabo análisis de este tipo y con posterioridad a ellos. A pedido mío, ARUP me derivará a un asesor genético local para realizar una consulta.
9. Mi muestra (o la de mi hijo/a o feto) podrá conservarse por tiempo indeterminado para validar resultados o con fines educativos una vez que se elimine de ella la información de identificación personal. Si no autorizo el uso de mi muestra, esto no afectará el resultado de mi análisis. Puedo solicitar la destrucción de mis muestras de sangre y ADN tras la finalización del análisis solicitado anteriormente comunicándome con el laboratorio al (800) 242-2787, int. 3301. Para obtener más información sobre ARUP, visite www.aruplab.com.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

Médico/Especialista en genética:	
He explicado el análisis de ADN y sus limitaciones al paciente o tutor legal y he respondido todas sus preguntas.	
Nombre en letra de imprenta del médico/asesor genético _____	Fecha _____
Firma _____	Número de teléfono _____