

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR UN ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULARNombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo Femenino Masculino

Solicito un análisis de ADN en virtud de la(s) siguiente(s) enfermedad(es) _____

El objetivo del análisis es: Diagnóstico Estado del portador Predictivo Prenatal Otro _____

Solicito y autorizo a ARUP Laboratories a analizar mi muestra (o la de mi hijo/a o feto) para detectar la(s) enfermedad(es) genética(s) antes mencionada(s). 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 del boletín técnico correspondiente que describe los análisis de detección de la(s) enfermedad(es) antes mencionada(s).

- Los resultados del análisis de ADN podrían:
 - diagnosticar que presento (o mi hijo/a o feto presenta) esta afección, o bien que me encuentro (o que mi hijo/a o feto se encuentra) en riesgo de desarrollarla;
 - indicar que soy portador de esta enfermedad (o que mi hijo/a o feto lo es);
 - predecir si otro miembro de la familia tiene, está en riesgo de desarrollar o es portador de esta enfermedad
 - brindar resultados poco claros debido a limitaciones técnicas o a los patrones genéticos de mi familia;
 - revelar la inexistencia de paternidad.
- El análisis de ADN es específico para la(s) enfermedad(es) antes mencionada(s) y no detectará todas las mutaciones causales.
- Me han explicado la importancia de un resultado positivo y negativo en función de mis antecedentes familiares.
- Si bien el análisis de ADN generalmente revela información precisa, existen diversas fuentes de error. Estas incluyen, entre otras, un diagnóstico clínico incorrecto de la enfermedad, un error en la identificación de la muestra e información imprecisa con respecto al parentesco.
- Si se identifica una mutación genética, esto podría afectar las tasas del seguro, la capacidad de obtención de un seguro de vida o por discapacidad, o bien la capacidad 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.
- ARUP Laboratories ha validado el método de realización de este análisis. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) no ha aprobado este análisis. No obstante, actualmente no se requiere la aprobación de este organismo para llevar a cabo este análisis con fines clínicos. 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.
- Seré responsable por el pago una vez iniciado el análisis genético, incluso si decido no conocer el resultado.
- Se recomienda recibir asesoramiento genético antes de llevar a cabo análisis de este tipo y con posterioridad a ellos.
- Mi muestra de ADN (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. No se realizarán otros análisis clínicos distintos de los autorizados. 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. Todas las muestras de los clientes de Nueva York se eliminarán 60 días después de que se finalice la prueba.

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Médico/Asesor genético:

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 _____