

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SECUENCIACIÓN COMPLETA DEL EXOMA (*"Whole Exome Sequencing"*, WES)

Yo, _____ (paciente / representante legal del paciente / familiar más cercano) autorizo al Laboratorio Zoigen a realizar Secuenciación Completa del Exoma (WES) tal como fuera requerida por mi médico solicitante.

Comprendo que la participación es completamente voluntaria y que tengo el derecho a rehusarme al testeo genético en función de la información que me ha sido brindada y que se halla explicada a continuación.

Firmas

Mi firma a continuación reconoce mi participación voluntaria en este test. Reconozco que he discutido los beneficios, riesgos y limitaciones del test de WES con mi médico o asesor genético. Se me ha explicado de manera satisfactoria toda la información consignada anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Entiendo que el análisis genético realizado por el Laboratorio Zoigen es específico sólo para las historias clínicas del paciente y familiares y de ningún modo garantiza la salud mía o la de mi descendencia, o la salud de otros miembros de la familia. Yo soy el paciente, el representante legal o la persona debidamente autorizada por el paciente para firmar y proveer consentimiento al test de WES al paciente.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____

DNI del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA): _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indicar nombre, apellido, DNI y parentesco:

Firma del paciente o representante legal

Fecha de la firma (DD/MM/AAAA)