

5424 Glenridge Drive NE | Atlanta, GA 30342 USA | phone: 678.225.0222 | fax: 678.225.0212 | mnglabs.com

Patient Name _____ DOB _____

Proporciones una copia del consentimiento completo con la muestra y la solicitud. Su incumplimiento puede demorar el análisis.

Cuando se firma y fecha, este consentimiento escrito es la autorización escrita para participar en análisis genéticos.

1. **Propósito del análisis:** Mi médico ha explicado el análisis recomendado: _____ (nombre del análisis o código de análisis de MNG), que se realiza para ayudar a diagnosticar _____ (inserte la descripción de la enfermedad).

Estoy al tanto de que toda la documentación relacionada con este análisis, que incluye la descripción del propósito, la metodología y los trastornos, se ofrece libremente en www.mnglabs.com/tests y ha sido revisada por mi médico junto a mí o bien he leído la documentación por mi cuenta. **Paciente (o padre/madre/tutor) iniciales:** _____

2. **Declaración sobre el resultado del análisis:** Un resultado positivo es una indicación de que la persona tiene una causa genética para la enfermedad específica para la cual se realiza el análisis. Un resultado negativo puede/no puede descartar un trastorno genético según los antecedentes clínicos y la calidad/el tipo de muestra analizada. La persona quizá desee considerar la realización de otros análisis independientes, consultar un médico personal o buscar asesoramiento genético.
3. **Nivel de certeza:** Es específico del análisis y está determinado por los métodos empleados, los antecedentes clínicos del paciente y, a veces, por la naturaleza de la afección del paciente en el momento de la obtención de la muestra. Siempre existe una pequeña posibilidad de error o falla en el análisis de la muestra; esto es real con los análisis complejos en cualquier laboratorio. La inclusión de datos clínicos tales como antecedentes médicos, antecedentes familiares, imágenes en tanto estén relacionadas con la enfermedad o el trastorno, disminuirán el nivel de incertidumbre en la interpretación y se alienta a que se incluyan al momento de entregar muestras para su análisis. MNG Laboratories mantendrá la privacidad de la información personal de acuerdo con las leyes de la HIPAA. Doy mi consentimiento para la retención de estos documentos por parte de MNG Laboratories en su base de datos.

Paciente (o padre/madre/tutor) iniciales: _____

4. **Divulgación de los resultados del análisis:** Las siguientes categorías de personas u organizaciones a quienes se les pueden divulgar los resultados de los análisis incluyen, entre otras: hospitales o laboratorios que participan en la atención del paciente, médico(s) remitente(s) y proveedores de atención primaria, otros grupos de médicos (de consulta, cirujanos), compañías de seguros (según lo estipule el paciente o el médico remitente a los efectos de los pagos) y otros profesionales involucrados en la atención del paciente que colaboran con MNG Laboratories en la ejecución del tratamiento, el pago y las actividades operativas. Los resultados se mantienen confidenciales. Medical Neurogenetics cumple con los estatutos de seguridad y privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de la Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Si un paciente elige declarar específicamente dónde pueden divulgarse los resultados (que no sea la institución remitente ni el médico solicitante), indíquelo por escrito a Compliance Officer, MNG Laboratories (quickresponse@mnglabs.com).
5. **Consentimiento para la retención de la muestra:** El laboratorio no devuelve ninguna muestra remanente a las personas ni a los médicos, salvo que se lo solicite. Con la muestra no se realizará ningún análisis clínico distinto de los autorizados. La solicitud de análisis adicionales debe hacerla mi médico remitente u otro profesional de atención médica autorizado y habrá un costo adicional. Si el paciente lo acepta, MNG Laboratories retendrá las muestras durante períodos más prolongados para su uso de manera anónima para investigación/desarrollo o para procesos de aseguramiento de la calidad. Acepto que mis muestras sean retenidas luego de la finalización de los análisis iniciales (este consentimiento podrá retirarse en cualquier momento y el laboratorio destruirá toda muestra remanente).

Paciente (o padre/madre/tutor) iniciales: _____

6. **Los análisis de detección de afecciones genéticas pueden ser complejos:** Si se justifica, obtenga asesoramiento genético profesional antes de otorgar el consentimiento para comprender totalmente cuáles son los riesgos y los beneficios de realizarse los análisis. Por el presente doy mi consentimiento para participar en el análisis que se describió anteriormente. Comprendo que la muestra biológica se obtendrá de mí y/o mis familiares. Comprendo que esta muestra biológica se utilizará con el propósito de intentar determinar si yo, o integrantes de mi familia, están afectados o son portadores de una enfermedad particular o corren el riesgo de ser afectados por esta enfermedad genética en algún momento.

Firma del paciente

Fecha

Firma autorizada (padre/madre/tutor)

Relación

Nombre del paciente (en letra de imprenta clara)

Nombre del médico solicitante (en letra de imprenta clara)

Establecimiento remitente (en letra de imprenta clara)

Firma del médico solicitante

Importante: Para completar este formulario es necesaria una firma del paciente (o padre/madre/tutor), persona autorizada o médico. Nueva York exige que se completen una firma del paciente (o padre/madre/tutor) O una firma del médico para completar este formulario.