

Formulario de solicitud de servicio

DATOS DE LA PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ PROVINCIA _____ PAÍS: _____ C.P: _____
TELÉFONO _____ DNI/PASAPORTE: _____
N.º DE FETOS 1 2 >2 EMBARAZO POR FIV: SI NO
SI FIV, LOS OVULOS SON DE: ELLA DONANTE EDAD DE LA DONANTE: ____ AÑOS
EDAD GESTACIONAL EL DÍA DE LA EXTRACCIÓN (MES Y DÍA) _____ DETERMINADO POR: Ecografía FUR FIV
COMO COMPLEMENTO A LA PRUEBA DE ANOMALIAS CROMOSOMICAS DESEO CONOCER: SEXO FETAL CROMOSOMAS X e Y

DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
ESPECIALIDAD: _____ CENTRO: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ PROVINCIA _____ PAÍS: _____ C.P: _____
TELÉFONO _____ EMAIL: _____

RECEPCIÓN DEL INFORME DE RESULTADOS

Vía e-mail en la dirección (DEL MÉDICO PRESCRIPTOR)

EMAIL: _____

En papel (plazo de entrega sujeto a servicio de mensajería)

DIRECCIÓN: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE

Mi firma en este formulario indica que he leído, o me han leído, el consentimiento informado y que lo comprendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y comentar la prueba, incluidos los posibles riesgos y la finalidad, con mi médico especialista o con alguien designado por él. Sé que puedo recibir asesoramiento genético profesional si lo deseo antes de firmar este consentimiento. Doy permiso para llevar a cabo la prueba prenatal no invasiva

FECHA: _____

FIRMA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO

Como médico prescriptor, firmo haber proporcionado toda la información correspondiente al análisis prescrito al paciente, y que éste ha consentido someterse a él, firmando el correspondiente consentimiento informado. Asimismo, reconozco que el paciente ha autorizado al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma totalmente anónima.

FECHA: _____

FIRMA: _____