

FORMULARIO DE GENETICA CLINICA

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

EDAD DEL PACIENTE: _____

¿MOTIVO DEL ANÁLISIS? (Completar con detalle).

¿EL PACIENTE TIENE FAMILIARES CON ALGUNA ENFERMEDAD GENÉTICA?

No

Si

Si la respuesta es Si, ¿Cual enfermedad?

¿EL PACIENTE HA ESTADO ENFERMO EN LOS ULTIMOS 10 DIAS?

No

Si

ACTUALMENTE, ¿EL PACIENTE SE ENCUENTRA TOMANDO ALGUNA MEDICACIÓN? (Ejemplo: Antibiótico, Vitaminas, Colágeno, Aspirina, Ibuprofeno, etc.)

No

Si

Si la respuesta es Si, ¿Cual medicación?

CONSENTIMIENTO: Entiendo que es posible que no surjan resultados de una determinada muestra, por lo que pueden ser necesaria la solicitud de muestras adicionales, debido a que existe un riesgo de que la cantidad o calidad de células presentes en la muestra puedan ser insuficiente para la realización y/o culminación del análisis, entre otros motivos ajenos a la clínica/laboratorio. Por lo tanto, consciente y libremente doy mi consentimiento para la realización del análisis y autorizo a los profesionales del laboratorio realizar todos los procedimientos necesarios para el efecto.

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____

Observación.: Toda la información suministrada por medio de este formulario es estrictamente confidencial y tiene como único objetivo la adecuada realización del análisis correspondiente. Eventualmente, los resultados podrán ser utilizados con fines estadísticos y científicos, eliminando toda la información personal.