



Centro Inmunológico Alicante  
laboratorio de referencia



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA OBTENCIÓN Y ESTUDIO GENÉTICO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

Yo (nombre y apellidos del paciente): .....

He sido suficientemente informado por el Dr/Dra .....,  
del Servicio de .....del Hospital .....  
con respecto a la existencia y utilidad de la prueba  
genética.....  
.....

Dicho lo cual, presto libremente mi conformidad para que la muestra sea usada para el correcto diagnóstico genético.

He preguntando a los Doctores todo lo que he creído conveniente sobre dicho estudio.

Sé, que las muestras biológicas serán debidamente codificadas para garantizar su anonimato. En todo momento se cumplirá lo referente a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Sé que en ningún momento estos análisis serán empleados con otros fines más que los aquí expuestos. En caso de que así fuera, se me informaría nuevamente, solicitando mi consentimiento para los mismos.

El presente consentimiento informado podrá ser revocado en cualquier momento por mi parte sin necesidad de mediar explicación alguna.

Los resultados se remitirán al Hospital del que proceden los pacientes, para su posterior valoración clínica.

Fecha:

Firma del paciente

Fecha:

Firma del Dr/Dra