

## Consentimiento del Paciente: Condiciones para Pruebas Genéticas Moleculares

**Propósito:** El propósito de esta prueba genética molecular deberá acertar si soy, mi niño (si es un menor) es, o mi niño que no ha nacido aún es (por favor circule todas las categorías apropiadas) llevando mutación (mutaciones) de, predispuesto a, o tengo/tiene la siguiente enfermedad o la condición específica: \_\_\_\_\_

**(nombre de la enfermedad o condición).** Una hoja suplementaria de la descripción de la enfermedad está disponible de Ambry Genetics.

**Método:** La sangre, el líquido del cuerpo, o el espécimen del tejido sometida se requieren para el aislamiento y la purificación del ADN para la prueba genética molecular. La prueba cubrirá todos los desórdenes solicitados en la forma del pedido de Ambry Genetics.

**Resultados:** Entiendo que debido a la complejidad de pruebas sobre ADN y las implicaciones importantes de los resultados de la prueba, estos resultados se informarán sólo por un médico designado o consejero genético (donde se permite) y que debo contactar a mi proveedor para obtener los resultados de la prueba. Los resultados de la prueba, además, podrían ser liberados a todos los que, por la ley, puede tener acceso a tales datos.

Entiendo que si los resultados de las pruebas moleculares genéticas son positivas, puedo ser un portador de, predispuesto a, o tengo la enfermedad o la condición específica y puedo considerar pruebas independientes adicionales, consultar con mi médico, o conseguir aconsaje genético. Entiendo que si los resultados de las pruebas moleculares de la genética son negativos, puede ser que yo no soy un portador de, predispuesto a, ni tengo la enfermedad ni la condición específica y puedo considerar pruebas independientes adicionales, consultar con mi médico, o conseguir aconsaje genético. Entiendo las limitaciones de estos resultados: los resultados de la prueba se basan sobre probabilidades, y no pueden proporcionar un 100% de conclusión definitiva a ni predisposición genética de la enfermedad o manifestaciones.

Entiendo que es posible que la prueba genética molecular no puede engendrar los resultados y que una sangre adicional, el líquido del cuerpo adicional, o la muestra del tejido adicional se pueden necesitar para obtener resultados exactos. Entiendo que es posible que la prueba genética molecular no puede engendrar los resultados por las razones siguientes: lío sobre la muestra, prueba indisponible de miembros de la familia críticos, la contaminación maternal de muestras prenatales, la cobertura inexacta de relaciones de la familia, los problemas técnicos, pero no limitado a éstos.

**El Derecho de Ambry:** Ambry reserva el derecho a: 1. sugerir pruebas moleculares adicionales que ayudaría a resolver el genotyping clínico del paciente, 2. informar resultados adicionales (de otra manera que esos solicitado) si ellos son clínicamente pertinentes a los pacientes y su familiares, 3. el desecho de la prueba si ninguna de las condiciones en la forma Paciente del Consentimiento se encuentre.

**El uso de Especímenes:** Después de que se completen las pruebas, entiendo que mi sangre, el líquido del cuerpo o especímenes de tejido pueden ser deshechados o retenidos indefinidamente para investigación, para la validación de la prueba, y/o para la educación por parte de Ambry Genetics, tan largo como mi intimidad es mantenido. Entiendo que ninguna compensación se dará ni habrá fondos eminente debido a cualquier invención (invenciones) que resulta de investigación y desarrollo tecnológico utilizando los especímenes sometidos. Entiendo que puedo negarme a someter mi espécimen para el uso de esta manera y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, simplemente contactando al director médico. Entiendo que negando el consentimiento a la investigación médica no afectará mis resultados. Indique el consentimiento o la negación abajo. Si ninguna caja es marcada el consentimiento se implica.

Si  No Yo consiento al uso de mi muestra para investigaciones.

**Responsabilidad Financiera:** Entiendo que si la cancelacion se recibe antes del arreglo para la prueba, procesamiento se honorará a ningun cargo. Entiendo que si los pedidos para la cancelación de la prueba se reciben después de arreglo, un informe de la cancelación se engendrará y un honorario de arreglo será cargado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por las prueba y voy a ser contactada/o para el pago en caso que mi plan de salud no reembolsa la prueba, que Ambry Genetics no recibe una respuesta del plan de la salud, o que ninguna respuesta del plan de la salud se reciba en un plazo de tiempo razonable.

He leído o he sido leído todas las declaraciones indicadas arriba y entiendo la información con respecto a la prueba molecular genética y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que yo quizás tenga acerca de la prueba, acerca del procedimiento, acerca de los riesgos, y acerca de las alternativas antes de mi consentimiento informado. Conuerdo en tener la prueba genética molecular.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Dia:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente (impresión por favor):** \_\_\_\_\_