

# Formulario de consentimiento del participante para una investigación de antecedentes familiares

## PROPÓSITO DE LA PRUEBA

El propósito de la prueba que se va a realizar es facilitar el análisis del resultado suyo y/o de su familiar (probando). El resultado incluye una variante de importancia desconocida, que es una alteración con evidencia limitada o conflictiva respecto de la relación con la enfermedad. El tratamiento médico se basa en los antecedentes clínicos personales y familiares, no en la condición de portador de una variante de importancia desconocida. A menos que la variante se reclasifique a una alteración clínicamente aplicable, solo se generará un informe para el probando, y es posible que se pueda inferir información sobre el/los resultado/s de su familiar a partir de dicho informe. Si un familiar tiene dudas respecto de los resultados del estudio, el proveedor de atención médica o asesor genético podrá contactarse con el Programa de Antecedentes Familiares de Ambry para conocer más sobre las implicancias.

## MÉTODO DE PRUEBA

La muestra de sangre, fluidos corporales o tejidos enviada es necesaria para el aislamiento y la purificación del ADN o ARN para las pruebas genéticas moleculares. La prueba abarcará las pruebas específicas solicitadas en el formulario de solicitud del Estudio de Antecedentes Familiares de Ambry Genetics.

## DERECHOS DE AMBRY

Ambry se reserva el derecho de 1) rechazar la prueba si no se cumple una de las condiciones indicadas en el formulario de consentimiento del paciente, o bien 2) cancelar la prueba si el resultado del probando ya no requiere más aclaración.

## CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN Y NUEVO CONTACTO

Ambry Genetics se compromete a mejorar las pruebas genéticas para todos los pacientes y a contribuir a la investigación científica. Para más información acerca de la investigación en Ambry Genetics, ingrese a [ambrygen.com/patient-resources](http://ambrygen.com/patient-resources). NOTA: Si queda en blanco, el consentimiento se interpreta como "NO".

- Acepto que se use mi muestra biológica sin identificación para investigación con el objeto de mejorar las pruebas genéticas para todos los pacientes y contribuir a la investigación científica.
- Soy residente del estado de Nueva York y autorizo a Ambry Genetics a guardar mi muestra hasta por 1 año después de completar las pruebas.
- Además de aceptar lo antes mencionado, acepto ser contactado por Ambry Genetics respecto de oportunidades de investigación.

---

Firma del participante para una investigación de antecedentes familiares

---

Fecha

---

Nombre del participante para una investigación de antecedentes familiares (en letra imprenta)

[Familiar previamente analizado \(probando\) como se indica en el formulario de solicitud de investigación de antecedentes familiares](#)

---

Nombre del probando (escriba "yo" si usted es el probando)

# Formulario de consentimiento del participante para una investigación de antecedentes familiares

## PROPÓSITO DE LA PRUEBA

El propósito de la prueba que se va a realizar es facilitar el análisis del resultado suyo y/o de su familiar (probando). El resultado incluye una variante de importancia desconocida, que es una alteración con evidencia limitada o conflictiva respecto de la relación con la enfermedad. El tratamiento médico se basa en los antecedentes clínicos personales y familiares, no en la condición de portador de una variante de importancia desconocida. A menos que la variante se reclasifique a una alteración clínicamente aplicable, solo se generará un informe para el probando, y es posible que se pueda inferir información sobre el/los resultado/s de su familiar a partir de dicho informe. Si un familiar tiene dudas respecto de los resultados del estudio, el proveedor de atención médica o asesor genético podrá contactarse con el Programa de Antecedentes Familiares de Ambry para conocer más sobre las implicancias.

## MÉTODO DE PRUEBA

La muestra de sangre, fluidos corporales o tejidos enviada es necesaria para el aislamiento y la purificación del ADN o ARN para las pruebas genéticas moleculares. La prueba abarcará las pruebas específicas solicitadas en el formulario de solicitud del Estudio de Antecedentes Familiares de Ambry Genetics.

## DERECHOS DE AMBRY

Ambry se reserva el derecho de 1) rechazar la prueba si no se cumple una de las condiciones indicadas en el formulario de consentimiento del paciente, o bien 2) cancelar la prueba si el resultado del probando ya no requiere más aclaración.

## CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN Y NUEVO CONTACTO

Ambry Genetics se compromete a mejorar las pruebas genéticas para todos los pacientes y a contribuir a la investigación científica. Para más información acerca de la investigación en Ambry Genetics, ingrese a [ambrygen.com/patient-resources](http://ambrygen.com/patient-resources). NOTA: Si queda en blanco, el consentimiento se interpreta como "NO".

- Acuerdo que se use mi muestra biológica sin identificación para investigación con el objeto de mejorar las pruebas genéticas y contribuir a la investigación científica.
- Soy residente del estado de Nueva York y autorizo a Ambry Genetics a guardar mi muestra hasta por 1 año después de completar las pruebas.
- Además de acordar lo antes mencionado, acepto ser contactado por Ambry Genetics respecto de oportunidades de investigación.

---

Firma del participante para una investigación de antecedentes familiares

---

Fecha

---

Nombre del participante para una investigación de antecedentes familiares (en letra imprenta)

[Familiar previamente analizado \(probando\) como se indica en el formulario de solicitud de investigación de antecedentes familiares](#)

---

Nombre del probando (escriba "yo" si usted es el probando)