

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Pegue aquí la etiqueta del código de barras de la muestra del paciente

Form instructions

- ✓ Revise la información
- ✓ El paciente o tutor legal debe firmar a continuación.

Consentimiento del paciente

He hablado sobre la prueba de Genomic Unity® con mi proveedor de atención médica, lo que incluye el propósito y el procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la prueba y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Reconozco que tengo información y comprensión suficientes para dar este consentimiento informado.

1. Doy mi permiso a Variantyx y sus afiliados para extraer y secuenciar mi ADN y realizar pruebas genéticas según lo descrito.
2. Doy mi permiso a Variantyx y sus afiliados para que utilicen mi ADN de forma anónima para fines de desarrollo o mejora de las pruebas, validación interna, confirmación ortogonal de variantes en un laboratorio externo de consulta o control de calidad y capacitación.
3. Doy mi permiso para que mi muestra e información clínica se incluyan de manera anónima en las bases de datos y publicaciones de frecuencia de alelos y variantes. Mi nombre u otra información de identificación personal no se utilizarán ni se vincularán a ninguna base de datos o publicación.
4. En el caso del cobro directo al seguro: confirmo que la información que proporciono es verdadera y correcta. Autorizo a mi proveedor de atención médica o asegurador a compartir información médica con Variantyx relacionada con mi estado de salud, diagnóstico y tratamiento según sea pertinente para mis pruebas genéticas, además de información sobre los beneficios de mi plan de atención médica. Autorizo a Variantyx a divulgar a mi asegurador la información médica relacionada con mis pruebas. Autorizo a Variantyx para que sea mi representante designado con el fin de apelar cualquier denegación de beneficios, según sea necesario, y para solicitar registros médicos adicionales para este propósito. Entiendo que Variantyx me notificará si se determina que los gastos a mi cargo superan los \$100. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Variantyx. Entiendo que soy responsable de enviar a Variantyx todo el dinero que reciba directamente de mi asegurador como pago por esta prueba.
5. En el caso de que mi proveedor de seguro o médico requieran asesoramiento genético independiente antes o después de la prueba, acepto, mediante mi firma de este formulario de consentimiento, que un tercero preste los servicios de asesoramiento genético. Mediante mi firma de este formulario de consentimiento, autorizo a Variantyx a divulgar mi información de contacto y cualquier información médica necesaria al servicio de un tercero, y autorizo también la comunicación y el intercambio de información entre el tercero y mi médico que deriva, con el fin de llevar a cabo el asesoramiento genético antes o después de la prueba.
6. Doy/ no doy mi permiso para que Variantyx se comunique conmigo o con mi proveedor de atención médica en relación con estudios de investigación. Si no se selecciona ninguna opción, no habrá ninguna comunicación.
7. Para residentes del estado de Nueva York: Mediante mi marca en esta casilla, doy mi permiso para que Variantyx y sus afiliados conserven cualquier muestra restante por más de 60 días para fines de conclusión y desarrollo/mejora de las pruebas, validación interna, confirmación ortogonal de variantes en un laboratorio externo de consulta o control de calidad y capacitación.

Nombre del paciente (o persona autorizada)	Apellido
Firma del paciente (o persona autorizada)	Fecha