NATIONWIDE CHILDREN'S
When your child needs a hospital, everything matters.℠

Institute for Genomic Medicine Clinical Laboratory

700 Children's Drive | Columbus, Ohio 43205
Phone: (614) 722-5321 | Fax: (614) 722-5471

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____
(Patient name) (Date of Birth)

Pruebas que se harán _____
(Testing to be performed)

Objetivo de las pruebas
Entiendo que se analizarán muestras de sangre/tumor/médula ósea mías/de mi hijo para determinar la presencia o ausencia de determinados rasgos genéticos relacionadas con un trastorno o diagnóstico genético en particular (línea germinal) o relacionadas con el cáncer que padezco/que padece mi hijo. Es responsabilidad del médico que hace la remisión asegurarse de que yo entienda lo que implican las pruebas. Entiendo que la participación en esta prueba es voluntaria.

Precisión de las pruebas
Entiendo que la precisión de las pruebas depende de las técnicas que se usen. Entiendo que, al igual que con todas las pruebas complejas, siempre existe la probabilidad de que ocurran errores o de que falle la prueba. Es responsabilidad del médico que hace la remisión explicar las limitaciones de las pruebas.

☐ **Pruebas de la línea germinal (constitucionales)**
Las pruebas que se harán con las muestras buscan identificar características genéticas con las que yo/mi hijo haya nacido y que estén presentes en todas mis células/las células de mi hijo. Entiendo que la información que dé sobre mí/mi hijo, la historia médica de familiares y las relaciones biológicas en mi familia influyen en la precisión de las pruebas. Las pruebas también podrían revelar que mis padres/los padres de mi hijo son parientes consanguíneos. Además, podría detectarse la no paternidad en algunos estudios basados en la familia, y se podría informar de estos resultados al proveedor de atención médica que haga la remisión.

☐ **Pruebas de cáncer (del tumor)**
El principal objetivo de las pruebas es identificar cambios genéticos en las células cancerosas. Las pruebas que se harán con las muestras podrían identificar, en casos excepcionales, cambios genéticos con las que yo/mi hijo haya nacido y que estén presentes en todas mis células/las células de mi hijo, no solo en las células cancerosas. Esto podría incluir un trastorno genético causado por una mutación genética, ganancia o pérdida de ADN o la determinación de que mis padres/los padres de mi hijo son parientes consanguíneos. Si se detectan cambios en las células no cancerosas que tengan importancia clínica para el laboratorio donde se hagan las pruebas, se podrá informar de los resultados al médico que haga la remisión para que considere hacer pruebas de seguimiento.

Informe de los resultados
Entiendo que los resultados de esta prueba solamente se reportarán al proveedor de atención médica que haga la remisión o a un profesional designado. Todos los resultados son confidenciales y solamente se entregarán informes a otras personas con mi consentimiento escrito, a menos que la ley exija otra cosa.

Disposición de las muestras
Entiendo que una parte (una parte alícuota) de mi muestra/la muestra de mi hijo se conservará con la información de identificación intacta y podría estar disponible para hacer otras pruebas que ordene mi proveedor de atención médica/el proveedor de atención médica de mi hijo. No consideraré que este sea un procedimiento de almacenamiento en un banco, y el laboratorio no será responsable de asegurar que la muestra esté disponible en el futuro. El resto de la muestra puede usarse para hacer pruebas en investigaciones con la opción que he marcado abajo.

Doy el siguiente permiso para que la parte de mi muestra/de la muestra de mi hijo que no se haya usado se utilice en investigaciones. **(Marque UNA opción):**

- ☐ La muestra puede usarse con fines de investigación, incluyendo estudios diseñados para investigar la causa de mi condición/la condición de mi hijo, sin eliminar la información de identificación de la muestra. A discreción del laboratorio, el médico que haga la remisión podría comunicar los resultados.
- ☐ La muestra puede usarse con fines de investigación solamente después de eliminar la información de identificación de la muestra. Entiendo que no me darán los resultados de las pruebas, porque la muestra será anónima.
- ☐ La muestra no puede usarse con fines de investigación.

Firma del paciente, del padre, de la madre o del tutor legal: Firma del paciente, del padre, de la madre o del tutor legal: Doy mi consentimiento para participar (o para que mi hijo participe) en pruebas genéticas en la situación que se menciona arriba. Me han explicado las pruebas, incluyendo sus limitaciones e implicaciones, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que me han respondido de forma satisfactoria.

_____ Fecha/Hora _____

Signature of Ordering Clinician: I have explained the testing, limitations, consent, and implications to the patient/parent and accept responsibility for ensuring genetic counseling is provided.

_____ Date/Time _____

Debe entregarse una copia firmada al paciente, al padre, a la madre o al tutor legal.