



## CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS GENÉTICAS

Paciente:

Don/Doña.: .....de.....de edad  
DNI.....

Médico que informa:

Dr/a: .....

Hospital/Clínica: .....

Prueba Genética Solicitada: .....

Declaro estar informado y haber comprendido que el paciente .....  
..... puede estar afectado o ser portador de una enfermedad hereditaria y que el diagnóstico se basa en el resultado de las pruebas de Laboratorio, las cuales han de realizarse a partir de muestras biológicas obtenidas del paciente (y de otros familiares cuando sea necesario).

Doy consentimiento a BIOARRAY, S.L para utilizar estas muestras en el proceso diagnóstico, en el propio Centro y/o en otros designados por éste, cuando sea necesario:

SI  NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras para su posible utilización en la investigación sobre la enfermedad genética:

SI  NO

Doy consentimiento para la utilización del material iconográfico del paciente exclusivamente con fines científicos y diagnósticos:

SI  NO

Únicamente el personal sanitario debidamente autorizado por Bioarray, SL podrá acceder a los datos personales y a los resultados de las pruebas genéticas.

Si ha comprendido la información que se le ha proporcionado, ha resuelto cualquier duda que pudiese tener y otorga su consentimiento para realizar las pruebas genéticas en los términos antes explicados, por favor firme a continuación este consentimiento informado en sentido afirmativo:

### Protección de datos

De conformidad con las normativas de protección de datos le facilitamos la siguiente información del tratamiento:

Responsable: BIOARRAY S.L.

**Fines del tratamiento:** mantener una relación profesional, envío de comunicaciones, análisis de datos y publicación de artículos científicos y divulgativos.

La Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica (LIB 2007), fija normas para la realización de los análisis genéticos con fines sanitarios. De acuerdo con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante debe contar con el consentimiento del paciente para la realización de las pruebas diagnósticas solicitadas y el tratamiento de sus datos. De esta forma, y como información a facilitar al paciente, le informamos que los datos recogidos en este formulario serán incluidos en un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, cuya titularidad corresponde a Bioarray, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio diagnóstico en la forma descrita, el paciente podrá en todo momento ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada legislación sobre protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección: Bioarray S.L., Parque Científico de la UMH. Edificio Quorum III 03202 Elche (Alicante), email: info@bioarray.es Tlf: 966682500 Fax: 966682501.



**Derechos que le asisten:** acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición

Más información del tratamiento: <http://bioarray.es/es/>

**BIOARRAY S.L. es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:**

#### **Fines y legitimación del tratamiento**

**Por interés legítimo del responsable** (GDPR, art. 6.1.f): mantener una relación profesional, el envío de comunicaciones, análisis de datos y publicación de artículos científicos y divulgativos.

**Por consentimiento del interesado** (GDPR, art. 6.1.a): el envío de comunicaciones, análisis de datos y publicación de artículos científicos y divulgativos

**Criterios de conservación de los datos:** se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la pseudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

**Comunicación de los datos:** no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Doy mi consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras para su posible utilización en la investigación sobre enfermedad genética y autorizo la cesión del resultado de los estudios clínicos de forma anonimizada para el estudio y desarrollo farmacológico, el envío de comunicaciones, análisis de datos y publicación de artículos científicos y divulgativos.

Sí

No

Por favor, firme dos copias de este consentimiento. Devuelva una de las copias firmadas al laboratorio junto con la muestra y el formulario.

Firma del paciente:

Firma del Doctor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_