

# Consentimiento Informado

Para realización de estudios genéticos [ADN] por parte de Laboratorios colaboradores de EUGENOMIC®. Los estudios genéticos precisan que tanto usted como su prescriptor acepten y firmen el **CONSENTIMIENTO INFORMADO**.

EUGENOMIC S.L, en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento 2016/679 de 27 de abril y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y demás normativa aplicable, le informa de que los datos personales que nos proporcione serán tratados para proporcionar el servicio médico que nos solicita. Asimismo, si la asistencia sanitaria se realizará en base a pólizas o coberturas en concierto con entidades aseguradoras, se podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para su facturación. Sus datos serán conservados el tiempo legalmente previsto y, en su caso, el necesario para el cumplimiento de la prestación solicitada.

La base de legitimación con la que se tratarán sus datos es la referida al tratamiento, asistencia o servicio médico o genético que solicita, así como al consentimiento que preste en cada caso. Cuando sea necesaria la intervención de proveedores de servicios asistenciales, como laboratorios procesadores, podrán comunicarse los datos requeridos a dichas entidades, única y exclusivamente con la finalidad de la prestación del servicio que nos solicita. Asimismo, si la asistencia sanitaria se realizará en base a pólizas o coberturas en concierto con entidades aseguradoras, se podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para su facturación. Sus datos serán conservados el tiempo legalmente previsto y, en su caso, el necesario para el cumplimiento de la prestación solicitada.

Le informamos de sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que puede ejercitar dirigiéndose por escrito a EUGENOMIC, C/ Londres 6, 08029 Barcelona, o por correo electrónico info@eugenomic.com; también podrá presentar reclamación ante la autoridad de control competente. Puede usted obtener mayor información sobre estos derechos en nuestra Política de Privacidad, a su disposición en nuestra página web [www.eugenomic.com].

**A su vez, Ud. declara que su consentimiento hace referencia a las pruebas solicitadas por su prescriptor, que sus dudas sobre los análisis a efectuar le han sido explicadas y que:**

- El informe solicitado se entregue a través del portal resultados.eugenomic.com.
- Sus muestras y datos sean remitidos a los laboratorios procesadores.
- El laboratorio procesador es el responsable de la exactitud de los valores obtenidos; y que conservará los resultados e información personal referentes al análisis.
- La calidad e integridad de la muestra es responsabilidad de quien realice la extracción.
- La muestra se conserve una vez finalizado el estudio.
- Acepta su pago de forma irrevocable.
- Declara haber sido debidamente informada/o sobre el propósito de la prueba, las implicaciones de los resultados, que algún resultado no pueda determinarse, no sea concluyente y/o sea necesaria una muestra adicional; de cómo se obtendrán y usarán las muestras y la información genética.

**Si usted estuviera en desacuerdo con alguna circunstancia, será necesario ponerlo en nuestro conocimiento antes de recibir la asistencia sanitaria.**

**SI**  **NO** Autorizo la transferencia de mis datos, con la finalidad anteriormente señalada, a mi entidad aseguradora o prescriptor, situados fuera de la Unión Europea.

**SI**  **NO** Autorizo el envío de información sobre novedades y actualizaciones relativas a Medicina Clínica y Genómica.

**Ud. (o su representante legal) autoriza la realización de los análisis relacionados en la hoja de solicitud, que adjunta y firma en:**

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES:

**Nombre y apellidos del paciente:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**DNI/NIE/Pasaporte:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo biológico:**  **Mujer**  **Hombre**

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Población:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Idioma en el que desea recibir el informe:** \_\_\_\_\_ **Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

- Español  Francés-[Previa confirmación]
- Inglés  Ruso-[Previa confirmación]

## DATOS DEL TUTOR LEGAL:

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Firma del tutor legal:** \_\_\_\_\_