

Consentimiento Informado

BIDA
Avancemos juntos



Datos del Paciente

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
RUT	Edad	

Autorizo a _____ Rut: _____ para que envíe mi material histológico al laboratorio y a retirarlo junto con el resultado una vez realizado el examen, el cual deberá ser devuelto a su laboratorio de origen. Los datos que usted indica en este documento serán utilizados sólo para efectos de tramitar su Test genético, según Art. N°4 de la ley 19628 sobre protección de la Vida Privada. Al completar este documento y firmarlo, entrega su consentimiento para recoger sus datos y beneficiarse de este servicio.

Los datos que ha entregado se mantendrán en reserva (no serán públicos) y no serán utilizados para fines de publicidad, investigación de mercado o encuestas de opinión, ni tampoco serán comunicados o traspasados a otra empresa u organización nacional o internacional. Al completar este consentimiento Ud. no requiere pagar por este servicio ni tampoco cuando quiera retirarse del mismo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Pacientes con invalidez, formulario puede ser firmado por un familiar, representante legal o tutor, adjuntando una fotocopia de su cédula de identidad.

EXAMEN A REALIZAR
EGFR

Informe Biopsia N°	<input type="text"/>	
Inclusión bloque parafina N°	<input type="text"/>	Cantidad de bloques <input type="text"/>
Imunohistoquímica (en caso necesario)	_____	
Fecha recepción y responsable	_____	

USO EXCLUSIVO ANATOMIA PATOLOGICA	
N° interno asignado	

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del análisis histológico, sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha: ____ / ____ / ____ Nombre y firma del médico tratante: _____

Mail del Médico tratante para envío de resultados: _____

N° 00001