



## Consentimiento informado para pruebas genéticas

**Si usted no tiene la autoridad legal ni la capacidad de firmar este consentimiento, debe firmarlo en su nombre un representante legal que tenga al menos dieciocho (18) años y tenga la autoridad legal y la capacidad para hacerlo.**

Por medio del presente, pido las pruebas genéticas ordenadas por mi proveedor de atención médica, que pueden incluir análisis moleculares, citogenéticos o bioquímicos de mis muestras. He recibido de mi médico o de un asesor genético información (consulte [www.sema4.com/testcatalog](http://www.sema4.com/testcatalog) para obtener la hoja informativa específica de esta prueba) que describía, en términos que entendí, la naturaleza de las pruebas genéticas que me van a hacer.

Entiendo que me tomarán muestras, como sangre periférica, saliva, hisopado bucal, gota de sangre seca, biopsia de piel, líquido amniótico, vellosidades coriónicas u orina. Entiendo que las muestras se usarán para determinar si tengo **una/alguna** enfermedad genética, si soy portadora de una/alguna enfermedad genética o si tengo más probabilidades de padecer **una/alguna** enfermedad o condición genética.

Me han explicado la naturaleza de las pruebas genéticas que se ordenaron en relación con este consentimiento y se aclaró la precisión de la prueba y sus riesgos y limitaciones. Entiendo que pueden producirse errores poco frecuentes, aunque la probabilidad de que se me dé un diagnóstico incorrecto o se haga una interpretación incorrecta de los resultados es extremadamente baja. Entiendo que un resultado negativo disminuye, pero no elimina, la posibilidad de que sea portadora de una mutación o mutaciones en los genes analizados o en otros genes que no se incluyen en la prueba. Entiendo que un resultado positivo es indicación de que puedo estar **predispuesta/o** tener **una/alguna** enfermedad o condición específica y puedo considerar otras pruebas independientes, consultar a mi médico o buscar asesoramiento genético. El conocimiento sobre la información genética mejorará a lo largo del tiempo y, en el futuro, puede haber nueva información disponible que se podría influir en la interpretación de los resultados.

Entiendo que los resultados de la prueba pueden revelar información adicional que no se buscaba, como el descubrimiento de un trastorno no diagnosticado. Entiendo que estas pruebas pueden arrojar resultados cuya importancia clínica se desconozca y que se podrían analizar muestras de los padres o de otro familiar para determinar si **algún** hallazgo específico fue heredado. Esta prueba puede revelar casos de adopción o demostrar que una persona no es el padre o la madre biológica del paciente. Puede producirse un error en el diagnóstico si las relaciones biológicas reales de los familiares implicados no son como yo las he descrito.

Entiendo que los resultados de estas pruebas se incluirán en mi expediente médico y que solo se pueden revelar a personas que tengan acceso legal a mi expediente o a personas que yo designe para recibir esta información. Un asesor genético o proveedor de asistencia médica me explicará los resultados de mi prueba y tendrá la oportunidad de analizar los resultados con un genetista.

Hay leyes federales y estatales que tratan la discriminación genética. La Ley de no discriminación por información genética, de EE. UU. prohíbe la discriminación basada en información genética por parte de empleadores y compañías de seguros médicos. Sin embargo, esta ley no protege a los miembros de las fuerzas armadas ni contra la posible discriminación por parte de otros tipos de seguros, como el seguro de vida, de discapacidad o de atención de largo plazo.

### Manejo de las muestras

Sema4 puede anonimizar y conservar el resto de la muestra para usarla para operaciones, control de calidad, validación y mejora. Si no se conserva con estos fines, su/la muestra se destruirá al finalizar el proceso de prueba o en un plazo de 60 días desde su toma, lo que sea más largo.



## Investigación anonimizada

Sema4 puede anonimizar y usar todos los datos y la información generada y recibida en relación con esta prueba para apoyar la investigación médica y académica relacionada con la salud, la prevención de enfermedades, el desarrollo de medicamentos y otros fines científicos.

No recibiré ninguna compensación por dicha investigación. Los datos y la información se anonimizan eliminando cualquier información que se pueda usar para identificar a una persona específica, como el nombre, la dirección de correo electrónico o la fecha de nacimiento. Sema4 también podría dar la información y los datos anonimizados a sus socios de investigación y enviarlos a bases de datos de investigación para su uso en investigaciones científicas y médicas. Algunos ejemplos de dichas investigaciones son los proyectos para comprender los factores de riesgo y los resultados de varias condiciones y se pueden encontrar en [www.sema4.com/research](http://www.sema4.com/research).

Si no quiero que ninguno de mis datos ni información anonimizados se utilicen en la investigación indicada arriba, puedo retirar mi consentimiento enviando un correo electrónico a [privacy@sema4.com](mailto:privacy@sema4.com), y entiendo que el cambio se aplicará a todos los datos generados de las pruebas que me hice con Sema4. Además, entiendo que el retiro del consentimiento no se aplicará a ninguna información que ya se haya anonimizado y Sema4 no pueda identificar.

## Permiso para comunicarse conmigo

Entiendo que Sema4 podría querer comunicarse conmigo en el futuro por los siguientes motivos, entre otros: para fines de investigación, para darme información general de los hallazgos de una investigación o para informarme de los resultados de las pruebas que se hagan con mis muestras. Si quiero excluirme de futuros contactos con fines de investigación, informaré a Sema4 por correo electrónico a [privacy@sema4.com](mailto:privacy@sema4.com).

Mi proveedor de atención médica ha hablado conmigo de las pruebas y, por medio del presente, doy mi consentimiento para que se analice la muestra. Me han **dado la oportunidad de hacer preguntas** y reconozco que todas las preguntas que hice se respondieron a mi satisfacción. Si mi representante legal es quien firma este consentimiento y autorización, mi representante legal acepta que recibió información suficiente para firmar en mi nombre.

Abajo, complete todos los campos obligatorios (\*) y los campos opcionales que correspondan:

Nombre del paciente*	Fecha de nacimiento del paciente*	Fecha*
Firma del paciente o el representante legal*	Dirección de correo electrónico*	Número de teléfono*
Nombre del representante legal (si corresponde)		

P0246GS0322  
Revisado el 03/23/22