

## Formulario para pruebas de Enfermedades o Predisposiciones Hereditarias en Humanos

### DATOS DEL PACIENTE O DONANTE DE LA MUESTRA

Nombre:	Apellidos:	
Población:	Dirección:	C.P.:
Provincia:		Tfno.
País:	e-mail:	DNI:

Estos datos de carácter personal se incluirán en el fichero de nombre "Clientes" bajo la responsabilidad de Biozell. La finalidad del fichero es únicamente la de facilitar la gestión contable, fiscal y administrativa de la empresa. De conformidad con la legislación vigente, las personas reseñadas en este formulario tendrán derecho de acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales dirigiendo un correo electrónico debidamente identificado a la dirección info@biozell.com

### DATOS DEL MEDICO O LABORATORIO

Nº Colegiado	Nombre o Empresa:	
Población:	Dirección:	C.P.:
Provincia:		Tfno.
País:	e-mail:	NIF:

**IMPORTANTE:** Si la muestra se envía directamente por el donante de la muestra, sin mediación de un médico o laboratorio, es imprescindible adjuntar una copia del DNI y firmar el Consentimiento para el Análisis. Además, debe entenderse que la interpretación correcta de los resultados debe realizarse por un médico.

Marque las casillas con las pruebas genéticas a realizar:

Precio (IVA incluido)

<input type="checkbox"/> Hemocromatosis Hereditaria (mutaciones <i>Cys282Tyr</i> y <i>His63Asp</i> )	120€
<input type="checkbox"/> Mutación en el gen del Factor de Coagulación V ( <i>Leiden</i> )	99€
<input type="checkbox"/> Mutación <i>20210G-A</i> en el gen de la Protrombina	99€
<input type="checkbox"/> Mutación <i>677C-T</i> en el gen MTHFR	99€
<input type="checkbox"/> Panel de Trombofilia (análisis de Protrombina, <i>Leiden</i> y MTHFR)	238€
<input type="checkbox"/> Prueba de predisposición a la periodontitis (mutaciones en genes de interleucina1 ? y ?)	88€
<input type="checkbox"/> Panel de 19 mutaciones del gen CFTR ( <i>Fibrosis Quística</i> )	148€
<input type="checkbox"/> Mutación individual del gen CFTR ( <i>Fibrosis Quística</i> ): [_____]	99€

**Consentimiento para el Análisis** (fírmese este apartado únicamente cuando el envío se realice sin mediación de un médico o laboratorio)

El donante de la muestra, mayor de edad, o en su caso la persona que tiene la autorización legal para ello, consiente la realización de las pruebas genéticas arriba indicadas y entiende que:

- 1- Estas pruebas implican el análisis del ADN correspondiente a los genes implicados.
- 2- La precisión de estas pruebas es muy alta (>99.9%) pero nunca llega al 100%.
- 3- Las pruebas pueden detectar anomalías genéticas cuyo significado debe ser interpretado por un médico.

Fecha: [\_\_\_\_\_]

Firma del donante: [\_\_\_\_\_]

Nombre de la persona que solicita el análisis: [\_\_\_\_\_]

Fecha: [\_\_\_\_\_]

Firma: [\_\_\_\_\_]

Los resultados de los análisis pasarán a formar parte del fichero denominado "Banco de Resultados de Pruebas Genéticas" bajo la responsabilidad de Biozell. La finalidad de este fichero es la de cumplir con las prescripciones legales en materia de sanidad así como con la actual legislación procesal en materia probatoria. Todas las personas con datos en este fichero tienen derecho de acceso, rectificación y cancelación en conformidad con lo dispuesto por la normativa, dirigiendo un correo electrónico debidamente identificado a la dirección info@biozell.com. En caso de que las personas donantes de las muestras sobre las que se realizan los análisis sean distintas de las personas que cumplimentan el formulario, estas deberán informar de este extremo a las primeras con carácter previo a la toma de las muestras.

### MODALIDAD DE ENVÍO DE LOS RESULTADOS:

Correo Ordinario

Correo electrónico

Consulta en Internet ([www.biozell.com](http://www.biozell.com))

### FORMA DE PAGO:

Transferencia bancaria  (Cuenta 2048-0114-17-0340030683 de Cajastur)

Tarjeta de crédito

Visa

Master Card

Número de Tarjeta:[\_\_\_\_\_]

Fecha de Caducidad:[\_\_\_/\_\_\_]