



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Para clientes:

Con su firma usted acepta haber sido adecuadamente informado acerca de la naturaleza, alcance, importancia y posibles consecuencias del examen (genético) planeado, y que ha tenido la oportunidad de recibir respuestas a todas sus preguntas. Esto incluye, en el caso de los análisis médicos, conocer el riesgo de una posible enfermedad, así como la probabilidad de transmitir características genéticas existentes a sus hijos. Sus padres y hermanos pueden también ser portadores de esta característica. También está consciente de que, al solicitar un análisis médico, se deberá realizar una prevención a largo plazo de la enfermedad, siempre bajo la supervisión de un médico, por lo que usted tiene la obligación de visitar a su doctor. La transferencia de los resultados de los análisis a miembros de la familia y a sus médicos tratantes o a terceros no forma parte del alcance de este servicio. Su muestra estará protegida por un código de barras en el laboratorio. Su nombre y el resultado de sus análisis se mantendrán separados y bajo un estricto control de acceso. De esta manera, sus datos estarán seguros. Se puede revocar el consentimiento en cualquier momento, usted tiene derecho a revisar sus decisiones y a solicitarnos la destrucción de los resultados de sus exámenes. Es posible cancelar el contrato hasta 7 días después de recibida la muestra.

He leído, entendido y aceptado el texto precedente y los términos y condiciones de la página "http://www.novogenia.com/pages/viewpage/agb_2_1". Confirmando haber sido totalmente informado de la importancia y las posibles consecuencias de un estudio (genético), y que estoy de acuerdo con el análisis (genético) para mí (o para mi hijo, bajo mi tutela). Reconozco también que el riesgo de padecer una enfermedad identificada en un análisis médico representa una probabilidad estadística, y no un hecho absoluto. Comprendo que las medidas preventivas recomendadas reducen el riesgo de padecer la enfermedad, pero que no pueden descartar que esta se desarrolle. También estoy de acuerdo en que la orientación adicional previa y posterior que proporciona el laboratorio (al margen de la de mi médico tratante o el que refiere) así como las respuestas a preguntas abiertas, podrán ser realizadas por diferentes médicos y expertos (no solo el médico solicitante y el que refiere) y con el material de información. Estoy de acuerdo también en que la consulta con el laboratorio tenga lugar exclusivamente utilizando medios de comunicación modernos, y que mis resultados sean creados e impresos, por una imprenta externa y enviados por correo o correo electrónico. Con ello, mis datos quedarán protegidos. También estoy de acuerdo en que mi material genético sea enviado a un laboratorio externo para control de calidad sin que se viole la seguridad de mis datos. Además, confirmo que, en caso de que se requiera recolectar sangre capilar, seré yo mismo quien realice la punción del dedo. Para el médico (solo requerido para análisis médicos): Con su firma, usted confirma la solicitud de los análisis genéticos deseados y que se encuentra calificado para hacerlos.

Lugar y fecha de la toma de muestra

Nombre del cliente

Firma del cliente

INFORMACIÓN PERSONAL PARA ANÁLISIS DE IMMUNOCAP ISAC Y FOOD PRINT

KIT DE IMMUNOCAP/FOODPRINT

1. DATOS DEL PACIENTE:

2. DATOS CLÍNICOS PARA ALERGIAS/INTOLERANCIA

a) Principal Molestia:

b) Cuándo padeció por primera vez de esta molestia?:

c) Padeció Ud. Alguna vez de las siguientes molestias?:

<input type="checkbox"/> . Eccema	<input type="checkbox"/> . Hinchazón en la cara (párpados/labios)
<input type="checkbox"/> . Picazón en los ojos/ojos llorosos	<input type="checkbox"/> . Ronchas
<input type="checkbox"/> . Respiración dificultosa	<input type="checkbox"/> . Nariz congestionada
<input type="checkbox"/> . Tos de pecho	<input type="checkbox"/> . Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> . Picazón en el Paladar	<input type="checkbox"/> . Bronquitis
<input type="checkbox"/> . Ampollas en la mucosa oral	<input type="checkbox"/> . Asma

d) Algún Familiar sufre de alergias? Si No

e) En caso Positivo, de qué tipo?:

Padre

Madre

Hermano/a

Abuelos

f) Cuando ocurre la molestia?:

. Durante todo el año:

. Sobre todo durante los meses:

KIT DE IMMUNOCAP/FOODPRINT

Conjuntival: si no

Nasal:

Bronquial:

Estacional: Invierno Verano Primavera Otoño

Los síntomas se intensifican en algunos lugares específicos?

No (independientes de la ubicación)

Departamento/casa

Bodega/Desvan

Escuela

Campo

Lugar de trabajo

En qué lugar mejoran los síntomas?:

SÍNTOMAS DE EXPOSICIÓN A LA INGESTA DE ALIMENTOS

Qué tipo de molestia le causan ciertos alimentos?

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Nariz congestionada
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Hinchazón en la garganta/labios
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Flatulencia	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Dolores estomacales	<input type="checkbox"/> Angiodema
<input type="checkbox"/> Vomitos/mareos	

INFORMACIÓN PERSONAL PARA ANÁLISIS DE IMMUNOCAP ISAC Y FOOD PRINT

SÍNTOMA A LA EXPOSICIÓN A PICADURAS

Ha presentado intolerancias a picaduras de insectos?: Si No

En caso positivo, de qué tipo?

Generales: Shock anafiláctico Si No

Otros síntomas: (favor describir)

Piel: Respiratorio

Generalizados: Otro

Está Ud. En contacto con Animales?

Si, con: No:

Sufre Ud. de incompatibilidad con los siguientes alimentos?:

Leche	Requesón	Pescado conservado
Leche en Polvo	Miel	Salmón ahumado
Helados	Uvas Pasas	Camembert
Queso suave	Frutas secas	Roquefort
Queso duro	Mermelada	Salami
Yogurt	Jugo de uva	Repollo agrio
Trigo	Jugo de Manzana	Vino tinto
Mantequilla	Kiwi	Vino blanco

Misceláneos:

Ha padecido Ud. Intolerancia a Medicamentos? SI NO

Penicilina:

Analgésicos:

Parches:

Otros:

Se le han practicado test de alergia tipo cutáneo o de IgE? Si No

En caso positivo, qué tipo de alergia le fue detectada?

Estuvo Ud. Sometid/a a Inmunoterapia?

Que medicamento para la alergia está Ud. Tomando?:

Qué otro tipo de medicamento está Ud. Tomando?