

SOLICITUD DE UNA PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN GENÉTICA

SOLICITANTE INDIVIDUAL (adulto implicado o tutor del menor implicado)				
Nombre y apellidos:				
DNI / pasaporte:				
Dirección:				
Población:		Provincia:		Pais:
Código postal:		Teléfono:		Fax:
Correo electrónico:				
Prueba:	<input type="checkbox"/> Prueba de paternidad /maternidad <input type="checkbox"/> Marcadores del cromosoma Y <input type="checkbox"/> Estudio del ADN mitocondrial <input type="checkbox"/> Perfil genético			
Comunicación del resultado	<input type="checkbox"/> Correo certificado (10 €) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Recoger en Progenie molecular <input type="checkbox"/> Otro: En caso de no identificarse la solicitud: Palabra clave secreta: _____			

Los abajo firmantes solicitan el estudio de la prueba de identificación genética de los individuos descritos

MUESTRAS	
Identificación	Parentesco
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro:
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro:
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro:
	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro:

En _____ a _____ de _____ de _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Progenie Molecular, S.L. Contacto DPD.: dpd@prodatvalencia.es. **Finalidad del tratamiento:** En Progenie Molecular, S.L. tratamos la información que nos facilitan las personas interesadas, incluida la obtención de muestras biológicas, su almacenamiento o conservación y su posterior utilización, para prestarle nuestros servicios de diagnóstico (enfermedades genéticas o infecciosas, etc.) mediante el procesamiento de las muestras clínicas y la emisión de un informe con el resultado; realizar tareas administrativas, atender y resolver sus solicitudes de consulta, así como la de informarle de los diferentes servicios prestados.

Legitimación: el tratamiento de sus datos está legitimado mediante la presente solicitud, incluidos los datos sensibles relacionados con las pruebas de diagnóstico e identificación.

El acceso a los datos de salud por parte de la administración está regulado por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, las leyes 33/2011, de 4 de Octubre, General de la salud Pública, 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente.

Destinatarios: Los datos de carácter personal recabados, serán tratados para la realización de las actividades desarrolladas por el centro. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal

Plazo de conservación de datos: Conservación de muestras: congeladas a -20 °C excepto sangre, citología líquida y tejido parafinado que se conservan refrigeradas. Las muestras se conservarán por un tiempo indefinido, dependiendo del espacio disponible en los congeladores y refrigeradores, lo que permitiría en el futuro la verificación del resultado. Para retirarlas o pedir su destrucción contacten con nuestro laboratorio mediante escrito, acreditando su identidad. Las muestras biológicas utilizadas en investigación biomédica se conservarán únicamente en tanto sean necesarias para los fines que justificaron su recogida, salvo que el interesado haya otorgado su consentimiento explícito para otros usos posteriores.

Los datos genéticos se conservarán (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica) durante un período mínimo de cinco años desde su obtención, transcurrido el cual el interesado podrá solicitar su cancelación. Si no mediase solicitud del interesado, los datos se conservarán durante el plazo que sea necesario para preservar la salud de la persona de quien proceden o de terceros relacionados con ella (fuera de estos supuestos, los datos únicamente podrán conservarse, con fines de investigación, de forma anonimizada, sin que sea posible la identificación del sujeto fuente). Los plazos de conservación de la historia clínica del paciente están regulados en la Ley 41/2002 de 14 noviembre, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los datos personales serán guardados mientras se mantenga la vinculación con el Responsable. Al finalizar los mismos, los datos personales tratados en cada una de las finalidades indicadas, se mantendrán durante los plazos legalmente previstos o durante el plazo en que un juez o tribunal los pueda requerir atendiendo al plazo de prescripción de acciones judiciales. Los datos tratados se mantendrán en tanto no expiren los plazos legales aludidos anteriormente, si hubiera obligación legal de mantenimiento, o de no existir ese plazo legal, hasta que el interesado solicite su supresión o revoque el consentimiento informado.

Derechos: <http://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/index-ides-idphp.php>.

Más información en: www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/principales_derechos/index-ides-idphp.php

Finalidades que requieren el consentimiento:

Identificación de los individuos y utilización de fotografías para la realización de pruebas clínicas y de paternidad. Valoración de la historia clínica aportada por el particular para poder ofrecer un servicio apropiado. Comunicaciones relacionadas con la actividad médico-asistencial del interesado (citas, facturación, etc.). El interesado garantiza la veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a actualizarlos. En el caso de ser relevante para la realización de las pruebas clínicas aportar datos de familiares, el interesado deberá recabar y aportar el consentimiento informado de estas personas. Para realizar una prueba de paternidad a un menor de edad es indispensable acreditar la patria potestad o tutoría mediante el libro de familia o documentación equivalente. Le informaremos ante cualquier otra finalidad no prevista anteriormente.

Consentimiento del Interesado SI NO

Y para que así conste, firmado en _____, a __ de _____ 20 ____.

D./Dña. _____ con DNI _____

Fdo: