



Medical Genetics of Nevada LLC

Susanna Sorrentino, MD, FACMG, FAAP
2538 Anthem Village Drive, Suite 110
Henderson, NV 89052
Phone: 702-732-6800
Fax: 702-932-9611

Consentimiento Informado Del Paciente Para Pruebas Genéticas

_____ (Nombre del paciente/ Nombre del tutor legal o representante)
autorizará la compañía de pruebas genéticas para realizar pruebas por mí mismo/ mi hijo/a
según lo ordenado por mi médico/ el médico de mi hijo/a.

El laboratorio dará a conocer los resultados de las pruebas genéticas sólo a mí médico, a
personas autorizadas por mí o según lo exija la ley. Autorice a mi médico a solicitar en la orden
del examen que se le diera una copia de los resultados de mis pruebas a las siguientes personas:

Declaración Del Médico

Con su firma a continuación el médico indica que ha explicado el propósito de la prueba, los
procedimientos, los beneficios y los riesgos que intervienen en las pruebas al paciente/ al tutor
legal del paciente. El paciente/ el tutor del paciente ha tenido la oportunidad de hacer
preguntas sobre este consentimiento y buscar asesoramiento genético. El médico reconoce que
su paciente/el tutor del paciente ha decidido voluntariamente hacerse la prueba genética.

Firma Del Médico: _____

Fecha: _____

Declaración Del Paciente

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre las pruebas propósito, procedimientos, posibles
beneficios y riesgos y he recibido una copia de este consentimiento. Sí me han dado la
oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y me han dicho que puedo hacer otras
preguntas en cualquier momento.

Esto voluntariamente las pruebas genéticas para mi/ para mi hijo/a.

Firma del Paciente/ Tutor Legal/ Legalmente Autorizado Representante:

Fecha: _____