

Consentimiento para el perfil molecular basado en sangre

Lea atentamente y analícelo con su médico. Envíe el formulario completado por correo electrónico a PatientNavigator@CarisLS.com o por fax al 866-479-4925.



Acerca del perfil molecular

El perfil molecular integral de Caris Life Sciences® (Caris) evalúa los biomarcadores encontrados en su tumor, revelando un plano molecular para ayudar a su médico a tomar decisiones de tratamiento más informadas e individualizadas específicas para su cáncer. Después de que se completen los análisis y de que se le haya proporcionado el informe a su médico tratante, su muestra de sangre se destruirá en un plazo de 60 días. Puede obtener más información sobre cómo Caris usa y protege sus datos visitando www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

Acerca de las pruebas genéticas

El perfil molecular de Caris también puede incluir pruebas genéticas (línea germinal/hereditaria) para el cáncer, que pueden proporcionar información sobre su riesgo de heredar otros tipos de cáncer u otros problemas de salud. Según los resultados de sus análisis, usted o sus familiares pueden ser derivados a otro proveedor para que se le realicen análisis adicionales y/o asesoramiento genético. Existen leyes federales y estatales que brindan algunas protecciones contra la discriminación genética por parte de empleadores y aseguradoras de salud, pero estas leyes no se aplican en todas las situaciones. Puede visitar www.genome.gov/10002328 para obtener información sobre la Ley de No Discriminación por Información Genética, una ley federal que protege la información genética.

Limitaciones de las pruebas genéticas

Las pruebas genéticas no pueden detectar todas las mutaciones genéticas y todos los portadores de una afección. Es posible que usted sea portador de una mutación genética poco frecuente que no puede detectarse mediante esta prueba. No se informan las variantes de la estirpe germinal de significancia clínica desconocida (variants of unknown clinical significance, VUS), a menos que se solicite específicamente.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- Autorizo a Caris a realizar las pruebas de mi muestra para apoyar a mi médico en el tratamiento de mi cáncer o al paciente para el cual estoy legalmente autorizado a otorgar el consentimiento.
- Comprendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento, se me ha informado acerca de la disponibilidad y la importancia del asesoramiento genético, y sé que puedo comunicarme con Caris si tengo más preguntas.
- Recibí información sobre esta prueba y la analicé con mi proveedor de tratamiento, incluidos sus propósitos, la confiabilidad del resultado de la prueba y el nivel de certeza de que el resultado pueda servir como predictor de una enfermedad o afección. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas.
- Comprendo que puedo saber que podría ser portador de una afección hereditaria o estar predispuesto o tener otro tipo de cáncer, y que tal vez deseo considerar realizar más pruebas independientes para mí y/o para mis familiares.
- Autorizo a Caris a actuar en mi nombre con respecto a la determinación, el rechazo y/o cualquier apelación necesaria relacionada con la cobertura de los servicios de laboratorio proporcionados por Caris, así como autorizo a Caris y terceros pagadores a divulgar cualquier parte de mi información médica protegida (protected health information, PHI) con el fin de resolver mi reclamación y/o apelación.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Paciente o signatario autorizado: _____ Fecha: _____