

# Consent for Genetic Testing

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Patient's ID Number: \_\_\_\_\_

Patient's Date of Birth: \_\_\_\_\_

Referring Physician/  
Genetic Counselor: \_\_\_\_\_

I have had an opportunity to read a patient information brochure, and/or my physician has explained the risks, benefits, and limitations for the tests ordered below. I am aware that genetic counseling is an option available to me both before and after testing.

Specify tests: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

It is recommended that I/my child have this testing because:

Specify: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I understand the following and freely give my consent to genetic testing. It has been explained to me that:

- The test may provide an indication of risk or possibly a diagnosis for me or my child.
- The ability of genetic testing to provide risk information or a diagnosis varies with the type of test. I have been provided with written information about the detection rate, and/or my health care provider has discussed it with me in detail.
- As applicable, this test may not provide informative results for any number of reasons. Some of the reasons are: (1) the need to test other family members; (2) individual genetic variations; (3) maternal contamination of prenatal samples; and/or (4) technical reasons.
- This test may give information about who is, or is not, the mother or father of a child. I agree to provide a family history to the best of my knowledge.
- All test results are confidential and will be released only to the ordering physician, the physician's designated representative, or the patient. I understand, however, that in some states I may have to disclose this information to third parties, such as life, disability, or health insurers.
- Procedures to obtain blood or tissue samples may have associated risks, such as bruising from blood collection. Other procedures, such as prenatal diagnosis, may have additional risks. These risks have been explained to me.

- An additional blood or tissue sample may have to be obtained in the absence of results or if the results are inconclusive.
- All samples are coded with unique identifying information to assure quality and, to the extent humanly possible, prevent error.
- [CIRCLE ONE] (My) (my child's) sample will be securely stored in case retesting is necessary. Samples are stored according to applicable federal, state, and professional regulations. If no regulation applies, samples will be stored for no longer than 60 days from the collection date. At the end of that time, the plasma/blood/DNA will be destroyed unless otherwise instructed below.
  - I agree to allow (my) (my child's) blood or tissue sample, provided for genetic testing, to be used for the purpose of diagnosis/research and/or development/quality control. I understand that if I agree, any information identifying (me) (my child) will be kept confidential so that it will not be possible to determine from whom the sample was drawn.
  - I request that the plasma/blood/DNA be destroyed immediately after testing. I understand that it will not be available if retesting is required.
- All rights to the samples will belong to the laboratory conducting the testing. There will be no compensation in the event of an invention resulting from research and development using this sample.
- My doctor may release my pregnancy outcome or ultrasound and amniocentesis results to LabCorp to be used for statistical analysis of the laboratory's performance.

Your signature on this form indicates that you understand, to your satisfaction, the information regarding genetic testing and agree to have the test(s) performed. In no way does this waive your legal rights or release anyone from their legal and professional responsibilities. If you have further questions concerning matters related to genetic testing or this consent, you may wish to seek professional genetic counseling prior to signing the form. Consultation with a medical geneticist, genetic counselor, or your referring physician may also be warranted after the test has been completed.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or legal guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of health care provider

\_\_\_\_\_  
Date



www.LabCorp.com

# Consentimiento para Análisis Genético

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nº de ID del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que lo deriva/  
Asesor genético: \_\_\_\_\_

Tuve la oportunidad de leer un folleto informativo para pacientes, y/o mi médico me explicó los riesgos del análisis, los beneficios, y las limitaciones de los análisis que se indican a continuación.

Especificar análisis: \_\_\_\_\_

Se recomendó la realización de este análisis para mí/para mi hijo porque:

Especificar \_\_\_\_\_

## Comprendo la siguiente información y doy mi consentimiento libremente para la realización de este análisis genético. Me explicaron que:

- El análisis puede aportar una indicación de un riesgo o un posible diagnóstico para mí o para mi hijo.
- La capacidad de los análisis genéticos de proporcionar información sobre riesgo o un diagnóstico varía según el tipo de análisis. Me entregaron información escrita sobre la tasa de detección, y/o mi proveedor de atención médica me dio detalles sobre esa información.
- Según sea aplicable, es posible que este análisis no aporte resultados informativos por diversos motivos. Algunos de los motivos son: (1) es necesario analizar a otros familiares; (2) variaciones genéticas individuales; (3) contaminación materna de muestras prenatales; y/o (4) motivos técnicos. Este análisis puede aportar información sobre quién es o no es la madre o el padre de un niño. Acepto proporcionar antecedentes familiares en la medida de que los conozca.
- Todos los análisis son confidenciales y solo se entregarán al médico que los solicitó, al representante designado por ese médico, o al paciente. Sin embargo, entiendo que en algunos estados es posible que deba divulgar esa información a terceros, como compañías de seguros de vida, de discapacidad o de salud.
- Los procedimientos para obtener muestras de sangre o de tejidos pueden tener riesgos asociados, como hematomas por la extracción de sangre. Otros procedimientos, como el diagnóstico prenatal, pueden tener riesgos adicionales. Me han explicado estos riesgos.
- Es posible que se deba extraer otra muestra de sangre o tejidos si no se obtuvieran resultados o si los resultados no fueran concluyentes.

- Todas las muestras se codifican con información única que permite identificarlas para garantizar la calidad y, en la medida de lo humanamente posible, prevenir errores.
- [MARQUE UNO] (Mi muestra) (La muestra de mi hijo) se almacenará de forma segura por si acaso es necesario volver a analizarla. Las muestras se almacenan de acuerdo con reglamentaciones federales, estatales, y profesionales de aplicación. Si no hay una reglamentación correspondiente, las muestras se almacenarán por un máximo de 60 días a partir de la fecha de la extracción. Al finalizar ese período, la muestra de sangre, plasma, o ADN será destruida, a excepción de que se indique lo contrario a continuación.

Acepto permitir que (mi muestra) (la muestra de mi hijo) de sangre o de tejidos suministrada para el análisis genético sea utilizada para fines de (diagnóstico/ investigación) (desarrollo/ control de calidad). Comprendo que si acepto, toda la información que me identifique (o identifique a mi hijo) se mantendrá confidencial de forma tal que no será posible determinar de quién se ha extraído la muestra.

Solicito que la muestra sea destruida inmediatamente después del análisis. Entiendo que no estará disponible si es necesario volver a realizar el análisis.

- Todos los derechos sobre las muestras serán propiedad del laboratorio que lleva a cabo el análisis. No habrá una compensación en caso de que se produzca un invento a partir de investigaciones y desarrollo que utilicen esta muestra.
- Puede ser que mi médico mandará el estado de mi embarazo o los resultados de mi ultrasonido y amniocentesis para incluir en el análisis estadístico del desempeño del laboratorio LabCorp.

Su firma en este formulario indica que entiende satisfactoriamente la información sobre el análisis genético y acepta que le realicen los análisis. De ninguna manera renuncia a sus derechos legales ni exime a terceros de sus responsabilidades legales y profesionales. Si tiene más preguntas sobre cuestiones relacionadas con los análisis genéticos o este consentimiento, tal vez desee buscar asesoramiento genético profesional antes de firmar el formulario.

Asimismo, posiblemente se justificaría una consulta con un médico genetista, un asesor genético, o el médico que lo derivó después de que haya finalizado el análisis.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_  
fecha



www.LabCorp.com