

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMES CLÍNICOS O DATOS SIN ANALIZAR

Baylor Genetics aceptará solicitudes para divulgar informes clínicos o datos sin analizar a los pacientes o a sus representantes personales únicamente después de que el informe clínico haya sido enviado al proveedor de cuidados de la salud que lo solicitó. Al proveedor solicitante se le informará sobre cualquier solicitud del paciente para la divulgación de los informes o datos sin analizar.

Informes Clínicos

Los resultados de Baylor Genetics se informan según nuestra metodología, la cual se ha validado usando nuestros criterios, y la Junta Directiva Certificada interpreta los resultados en la fecha en que se emite el informe. Baylor Genetics no se involucra en el análisis o la interpretación realizada en otro lugar de lo que se incluye en el informe clínico y no se hace responsable de la divulgación de información genética más allá de la que se incluye en el informe clínico que emite Baylor Genetics. Para consultas relacionadas con el contenido de los informes clínicos, por favor dirija sus preguntas a su(s) médico(s). Para otras preguntas, comuníquese con nosotros al 1-800-411-GENE (4363).

Datos Sin Analizar

Baylor Genetics proporcionará los datos sin analizar relacionados con el informe clínico del paciente a los pacientes o miembros de la familia que hayan sido sometidos a evaluaciones genéticas en Baylor Genetics, siempre que se haya obtenido el consentimiento de cada persona cuyos datos se estén solicitando. Los informes clínicos acompañarán los datos sin analizar solicitados. **Los datos sin analizar se proporcionan como están y cualquier uso que el solicitante les dé es a su propio riesgo. El solicitante es el único responsable de cualquier interpretación y uso de los datos. Baylor Genetics recomienda que los datos sin analizar se usen solo para efectos de investigación.** Debido a que existe variabilidad en los tubos bioinformáticos que se usan para analizar los datos secuenciales y generar listas de variantes, es posible que los tubos de investigación arrojen hallazgos "clínicamente relevantes" que no se incluyan en el informe clínico de Baylor Genetics. Baylor Genetics no está involucrado en investigaciones y no se hace responsable de la divulgación de información genética más allá de la que se incluye en el informe clínico emitido por Baylor Genetics.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL PACIENTE DE DIVULGACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS O DATOS SIN ANALIZAR

Para que Baylor Genetics divulgue informes clínicos o datos sin analizar al paciente o a su representante legal, se requiere la siguiente información:

- **Formulario De Verificación De Identidad Del Paciente**

Para ser llenado por el paciente o por el representante personal del paciente.

- **Formulario De Solicitud Y Consentimiento De Divulgación De Información De Los Registros De La Persona**

Si un representante del paciente está solicitando la información, debe proporcionar documentos que demuestren la autoridad del representante o no se entregarán los resultados. Si únicamente solicita informes clínicos, por favor llene el formulario "SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORME CLÍNICO" de la página 3. Si solicita tanto los datos sin analizar como los informes clínicos, por favor llene el formulario "SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS SIN ANALIZAR" de la página 4.

- **Formulario De Autorización De Pago**

Este servicio tiene un costo. La cuota total se determinará una vez se llene el formulario.

Por favor, envíe un cheque a nombre de Baylor Genetics y llene el Formulario de autorización de pago que se incluye. La cuota por todos los informes clínicos disponibles es de **\$25** y existe una cuota de \$25 por cada código de prueba de los datos sin analizar, con una cuota máxima de **\$100** por paciente.

- Una vez que se compile toda la información, envíe toda la documentación por fax al **(713) 798-2787**
- Espere al menos **15 días** para recibir los informes clínicos y **30 días** para recibir los datos sin analizar

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD DEL PACIENTE

Este formulario se debe llenar por cada paciente o miembro de la familia que solicite los informes clínicos o datos sin analizar.

APELLIDO DEL PACIENTE NOMBRE DEL PACIENTE NOMBRE ANTERIOR EN EL ARCHIVO (si aplica) INICIAL DEL 2° NOMBRE FECHA DE NAC. (DD/MM/AA)

REPRESENTANTE PERSONAL

DEL PACIENTE (si aplica) APELLIDO DEL REPRESENTANTE

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

INICIAL DEL 2° NOMBRE

DOY FE DE SER EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE Y DE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ANTERIORMENTE ES CIERTA Y CORRECTA.

NOMBRE DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE FECHA (DD/MM/AA)

IDENTIFICACIÓN

Para la divulgación de los informes clínicos o datos sin analizar, se requiere una fotocopia de una forma aceptable de identificación. Por favor, seleccione la(s) forma(s) de identificación que se indican en este formulario. Si no se proporciona una fotocopia de una identificación con fotografía como prueba de identificación, el solicitante debe entregar el formulario firmado y sellado por un notario público.

Identificación Con Fotografía (Entregar Fotocopia)

- Licencia de conducir válida de cualquier estado o territorio de EE. UU.
- Identificación estatal válida de cualquier estado o territorio de EE. UU.
- Tarjeta de identificación del empleador
- Tarjeta de identificación del gobierno

O

Documento Notariado

NOTARIO PÚBLICO

Por favor, llene esta sección si tiene un documento notariado que certifique su identidad.

ESTADO

CONDADO

_____, personalmente compareció ante mí y, previo juramento, declaró que firmó esta solicitud en su capacidad designada, si la hubiere, y a continuación declara que leyó la solicitud anterior y las declaraciones que contiene son verdaderas.

(SELLO PERSONALIZADO)

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

FECHA (DD/MM/AA)

Nota: Baylor Genetics descartará cualquier forma de identificación proporcionada. Es necesario que el paciente entregue identificación e información de facturación adecuadas cada vez que haga una solicitud.

SOLO PARA USO INTERNO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CONFIRMADA POR _____

FECHA (DD/MM/AA) _____

PAGO RECIBIDO POR _____

FECHA (DD/MM/AA) _____

SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DEL INFORME CLÍNICO

NOTA: si solicita informes clínicos Y datos sin analizar, llene el formulario "SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS SIN ANALIZAR" de la página 4.

Consentimiento y Autorización: la ejecución de este formulario no autoriza la divulgación de información para otros propósitos diferentes a los descritos específicamente a continuación. Este formulario autoriza la divulgación de la información que usted especifique de acuerdo con el Título 5 del Código de Estados Unidos, secciones 5701 y 7332, y al Título 45 del Código de Regulaciones Federales, partes 160 y 164.

Baylor Genetics proporcionará la divulgación de los informes clínicos a los pacientes o miembros de la familia que hayan sido sometidos a evaluaciones genéticas, siempre que se haya obtenido el consentimiento informado de cada persona cuyos datos se están solicitando.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DE OTRA PERSONA _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

Información Solicitada

NOMBRE DE LA PRUEBA	CÓDIGO DE LA PRUEBA	FECHA DE LA ORDEN	N° DEL LAB O N° DE LA FAMILIA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Envío del Informe Clínico por Correo Electrónico Seguro

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

PROPÓSITO(S) O NECESIDAD PARA LA QUE SE USARÁ LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ

NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN A LA CUAL SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN

Autorización y Certificación: (si la persona tiene menos de 18 años, se requiere la firma del (de los) padre(s) o del tutor legal para solicitar el informe):

Certifico que esta solicitud se realiza de manera libre, voluntaria y sin coerción y que la información suministrada anteriormente es exacta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta divulgación no puede obtenerse ni ofrecerse como condición para tratamiento, pago u otro tipo de elegibilidad para beneficios al firmar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que esta acción ya se haya tomado para cumplir con ella. La revocación escrita se hace efectiva al ser recibida por el departamento que archiva los registros. Una vez divulgados, mis registros ya no estarán protegidos y se puede lograr la divulgación posterior por aquellas personas que reciban la información sin mi posterior autorización. Sin mi revocación expresa, la autorización expirará automáticamente a satisfacción de la necesidad de divulgación, según las condiciones que se enumeraron anteriormente o a partir de esta fecha _____ (DD/MM/AA) (suministrada por la persona o paciente).

FIRMA DE LA PERSONA O PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LA MADRE (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

FIRMA DEL PADRE (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

OTRO FAMILIAR (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL, SI NO FIRMA EL PACIENTE*

FECHA

*Anexe los documentos que demuestren su autoridad para actuar a nombre del paciente.

SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS SIN ANALIZAR

NOTA: si solo solicita informes clínicos, llene el formulario "SOLICITUD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORME CLÍNICO" de la página 3.

Consentimiento y Autorización: la ejecución de este formulario no autoriza la divulgación de la información para otros propósitos diferentes a los descritos específicamente a continuación. Este formulario autoriza la divulgación de información que usted especifique de acuerdo con el Título 5 del Código de Estados Unidos, secciones 5701 y 7332, y al Título 45 del Código de Regulaciones Federales, partes 160 y 164.

Baylor Genetics proporcionará la divulgación de los datos sin analizar a los pacientes o miembros de la familia que hayan sido sometidos a evaluaciones genéticas, una vez que se haya obtenido el consentimiento informado de cada persona cuyos datos se están solicitando. Los datos sin analizar se proporcionan como están y cualquier uso que el solicitante les dé es a su propio riesgo. El solicitante es el único responsable por cualquier interpretación y uso de los datos. Baylor Genetics recomienda que los datos sin analizar se usen solo para efectos de investigación. Los informes clínicos se entregarán junto con los datos sin analizar solicitados.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

NOMBRE DE OTRA PERSONA _____ FDN (DD/MM/AA) _____ N° DE LAB _____

Información Solicitada

NOMBRE DE LA PRUEBA	CÓDIGO DE LA PRUEBA	FECHA DE LA ORDEN	N° DEL LAB O N° DE LA FAMILIA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Seleccione la Metodología de Prueba

- EXOME** Archivo VCF*
 NGS Archivo VCF*
 CMA Archivo de extracción de características*
 BIOCHEM Archivo de Excel de Global MAPS*
 FISH Imágenes y tablas de puntajes
 CYTO Imágenes y tablas de puntajes
 SANGER Rastreos
 PRESEK Archivo de texto

***Descripción de Los Tipos de Archivos:**

• VCF: el formato de llamada de variantes (Cariant Call Format, VCF) es un archivo de texto que contiene líneas de meta-información, un encabezado y líneas de datos que contienen información sobre una posición en el genoma

• Archivo de extracción de características: archivo de texto con ubicaciones del genoma y valores de la sonda

• Archivo de Excel de Global MAPS: lista de todas las moléculas con puntajes Z identificados

Envío del Informe Clínico a Través de Correo Electrónico Seguro

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

PROPÓSITO(S) O NECESIDAD PARA LA QUE SE USARÁ LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE DIVULGARÁ

NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN A LA CUAL SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE (si la persona tiene menos de 18 años, es necesaria la firma del (de los) padre(s) o tutor legal para solicitar los datos): entiendo que los datos sin analizar consisten en toda mi información genética o de mi hijo que se incluye en el informe clínico y puede incluir información genética no relacionada con cualquier preocupación actual sobre el cuidado de la salud. También, comprendo que Baylor Genetics no ha interpretado ni interpretará los datos sin analizar y que se desconoce el significado actual de los mismos. Entiendo que cualquier uso de estos datos es de mi entera responsabilidad o de mi proveedor de cuidados de la salud.

FIRMA DE LA PERSONA O PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LA MADRE (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

FIRMA DEL PADRE (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

OTRO FAMILIAR (NECESARIA SI SE SOLICITA EL INFORME CLÍNICO)

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL, SI NO FIRMA EL PACIENTE*

FECHA

*Anexe los documentos que demuestren su autoridad para actuar a nombre del paciente.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO

APELLIDO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

INICIAL DEL
2º NOMBRE

AMEX

VISA

DISCOVER

MASTERCARD

Nº DE TARJETA

FECHA DE EXP.

CVC

NOMBRE EN LA TARJETA DE CRÉDITO

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN

CORREO ELECTRÓNICO DEL TITULAR DE LA TARJETA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CANTIDAD DE PAGO AUTORIZADO

FECHA DE PAGO

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA

CHEQUE PERSONAL

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA CORRIENTE

Por favor, indique el nombre del paciente en el cheque. Haga el cheque pagadero a Baylor Genetics.