

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

INTRODUCCIÓN:

Sobre la base de mis antecedentes familiares y/o personales de cáncer, solicito evaluación genética para detección de susceptibilidad hereditaria al cáncer. Yo entiendo que esta es una evaluación voluntaria. He tenido la oportunidad de conversar con mi prestador de atención médica en detalle acerca de la misma. La evaluación genética de niños menores de 18 años se realiza sólo mediante previo consentimiento de su madre / padre o tutor legal. Los resultados de este análisis de sangre me dirán si yo soy portador(a) de alguna mutación genética detectable que, según lo que actualmente se sabe, está asociada con el cáncer.

PROPÓSITO:

Esta evaluación analiza gen(es) específico(s) para detectar cambios genéticos llamados mutaciones. Las mutaciones en estos genes están asociadas con un mayor riesgo de ciertos cánceres. Una persona que hereda una mutación en un gen que determina la predisposición al cáncer corre un mayor riesgo de tener ciertos tipos de cáncer. Los hombres y las mujeres portadores de una mutación tienen una probabilidad del 50% de transmitírsela a cada uno de sus hijos.

PROCEDIMIENTO:

Antes de la evaluación genética, se me proporcionará consejo genético. Este proceso incluirá la revisión de mis antecedentes familiares y médicos, como también una conversación detallada sobre los riesgos, los beneficios y las limitaciones de dicha evaluación. Después de proporcionar mi consentimiento fundamentado, documentado mediante mi firma en este formulario, se me extraerá sangre. La muestra será enviada a un laboratorio externo para su análisis. Cuando los resultados estén disponibles, yo podré decidir si deseo conocerlos inmediatamente o más adelante o si no deseo conocerlos. **Los resultados se me comunicarán por teléfono, en persona y/o por correo postal. Yo entiendo que se me puede recomendar una cita de seguimiento para consejo genético adicional.**

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LA EVALUACIÓN: Mis resultados serán interpretados en el contexto de mis propios antecedentes personales y familiares. Los posibles resultados de la evaluación generalmente incluyen:

Identificación de una mutación perjudicial:

Estos resultados indican que una mutación ha sido detectada y que yo estoy en mayor riesgo de ciertos tipos de cáncer. Mis familiares en primer grado (hijos biológicos, hermanos / hermanas, padre / madre) corren cada uno un riesgo del 50% de portar la mutación. Otros integrantes de mi familia también pueden portar la mutación.

Ninguna mutación perjudicial detectada:

Cuando la mutación genética de mi familia ya se conoce:

La mutación específica previamente identificada en mi familia no está presente. Esto generalmente significa que mi riesgo de cáncer no es mayor que el de la población general. En muy pocos casos, más de un riesgo hereditario de cáncer está presente en la familia. Cuando esto sucede, un resultado negativo sólo descarta el riesgo de cáncer asociado con la mutación específica que ha sido descartada.

Cuando la mutación genética de mi familia no se conoce:

No se identificaron mutaciones en el/los gen(es) evaluado(s). Este resultado no descarta la posibilidad de una mutación genética diferente que no puede ser detectada mediante las tecnologías usadas para esta evaluación. Esto podría incluir mutaciones en el/los gen(es) evaluado(s) o en otros genes. Mi riesgo de cáncer puede permanecer alto.

Identificación de una variante de significancia incierta (variant of uncertain significance, VUS):

Estos resultados indican que hay un cambio en un gen pero no se sabe si este cambio aumenta el riesgo de ciertos tipos de cáncer. Generalmente, a los integrantes de la familia no afectados no se les ofrece evaluación para detección de una **variante de significancia incierta, porque no se sabe si dicha variante afecta el riesgo de cáncer que la persona tiene.**

AL REVERSO →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



BENEFICIOS:

Yo entiendo que estos resultados pueden permitirme hacer elecciones fundamentadas con relación a mi atención de seguimiento. Si los resultados revelan un mayor riesgo de cáncer, se me pueden recomendar medidas de prevención de ciertos tipos de cáncer o de detección del cáncer en sus primeras etapas. Si mi evaluación resulta negativa para una mutación existente en mi familia, posiblemente yo pueda evitar procedimientos innecesarios. Mis resultados pueden también ayudar a los integrantes de mi familia a determinar sus propios riesgos de cáncer.

RIESGOS:

Yo entiendo que algunas personas que se someten a evaluación genética pueden sentir ansiedad, depresión, culpa o ira. La mayoría de las personas que se someten a evaluación genética no experimentan reacciones psicológicas adversas. Yo entiendo que en algunos casos la evaluación genética de una familia puede revelar ausencia de paternidad.

Yo entiendo que existe un riesgo de que mi posibilidad de obtener seguro de vida en un futuro pueda resultar afectada por la evaluación genética. Algunas compañías de seguro pueden pedir información sobre los resultados de la evaluación genética a fin de determinar cobertura. Hay leyes federales, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) y la Ley Antidiscriminación por Información Genética (*Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA*), que ofrecen cierta protección contra la discriminación genética por parte de compañías aseguradoras y empleadores.

LIMITACIONES:

Yo entiendo que esta evaluación solamente buscará mutaciones en genes que actualmente se sabe están asociados con un mayor riesgo de ciertos cánceres. Aun cuando no se detecte una mutación, mi riesgo de cáncer será, como mínimo, el mismo que corre la población general. Si se detecta una mutación, puede haber una variedad de opciones con respecto al mejor camino a seguir.

CONFIDENCIALIDAD:

Los resultados de la evaluación genética formarán parte de mi historia clínica electrónica. Mi historia clínica es confidencial. Los resultados de la evaluación se le entregarán a una persona o compañía específicas solo con mi autorización por escrito. Ni mi compañía aseguradora actual ni mis compañías aseguradoras futuras tendrán acceso a esta información, a menos que yo autorice una cesión de información médica.

COSTOS:

Yo entiendo que se cobrarán honorarios y tarifas por mis consultas y evaluaciones genéticas, y que mi seguro médico puede o no cubrir estos montos.

Yo he leído este formulario o el mismo me ha sido explicado. Todas mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas.

AM
 PM

Hora _____ Fecha _____ Firma de(l)/la paciente _____ AM
 PM HORA _____ FECHA _____ Testigo de la firma _____

Si el/la paciente es menor de 18 años de edad o si no puede dar su consentimiento por cualquier otra razón, debe completarse lo siguiente:

Yo, _____, por la presente certifico que soy el/la _____ de(l)/la paciente; que el/la paciente no puede dar su consentimiento por ser menor, o porque: _____

AM
 PM

Hora _____ Fecha _____ Firma de(l) padre / la madre, tutor(a) legal, _____ AM
 PM HORA _____ FECHA _____ Testigo de la firma _____
intercesor(a) por el/la paciente o familiar más cercano

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Yo certifico que he interpretado, a mi leal saber y entender, al y del idioma principal declarado por el/la paciente, todo lo dicho durante la conversación de consentimiento fundamentado.

HORA _____ AM
 PM FECHA _____ Firma de(l)/la intérprete _____

Nombre de(l)/la intérprete (en letra de imprenta) _____