

(Obligatoria)

Idioma del informe

EN ES PT PT-BR
 DE IT PL

MyNutriGenes®

Estudio genético de nutrición personalizada

SOLICITUD DE PRUEBA MOLECULAR

IDENTIFICACIÓN (Obligatoria)

Nombre		Nº de Proceso/Consulta	
Fecha de Nacimiento	Etnicidad	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

INFORMACIÓN DEL MÉDICO SOLICITANTE (Obligatoria)

Nombre		Institución	
Dirección		Código Postal	
Teléfono	E-mail		
Fecha de solicitud	Firma		

PRUEBA MOLECULAR

Motivo:

Adecuación del plan nutricional

Perfil genético relevante a:

- Predisposición al aumento de peso
- In uencia de la nutrición sobre la masa grasa
- Metabolismo nutricional
- Sensibilidades nutricionales, necesidades y desintoxicación
- Control del apetito, saciedad y comer emocional

IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA

- Saliva**
Kits recomendables:
- Isohelix Saliva Collectors Kit, GFX-01
 - Oragene DNA Collection kit, Genotek
 - DNA/RNA Shield™ Collection Tube with Swab, Zymo
- Sangre total**
2 o 3 mL en tubo K₂EDTA o K₃EDTA
- DNA** mínimo 300ng a [35] ng/μL

INFORMACIÓN SUPLEMENTAR

Peso (kg)	Índice de Masa Corporal	Relación Cintura-Cadera (cm)
¿Hizo dieta acompañado(a) por un(a) nutricionista? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Tiende a picotear? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿Recuperó el peso perdido? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, ¿Antes ⁽¹⁾ o después ⁽²⁾ de la cena? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
¿Cuántas horas de ejercicio por semana? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> +7		¿Cuántas tazas de café suele tomar/toma al día? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> +4



MyNutriGenes®

Estudio genético de nutrición personalizada

SOLICITUD DE PRUEBA MOLECULAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIBRE PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBA GENÉTICA (Obligatorio)

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, Reglamento General de Protección de Datos, en la Ley 12/2005 del 26 de enero, y la regulación que se establece en el Decreto Ley 131/2014 de 29 de agosto, así como en la Norma 015/2013 de la Dirección General de Salud.

Por favor, lea con atención todo el contenido de este documento. No dude en solicitar más información al profesional de salud si no está completamente informado. Compruebe que todas las informaciones son correctas. Si cree que todo está en conformidad y si está de acuerdo con la propuesta que se le hace, firme este documento.

Comprendo y autorizo voluntariamente que HeartGenetics S.A. realice la prueba genética descrita. Doy autorización para la obtención de material biológico y para la realización de la prueba genética con vistas al estudio genético para el cual doy mi consentimiento, cuyos procedimientos, finalidades y limitaciones me han sido explicados.

Tengo conocimiento y comprendo que se implementarán medidas de protección y confidencialidad de mis datos y que en cualquier momento tengo derecho a acceder, actualizar y/o eliminar mis datos personales.

He comprendido toda la información que se me ha transmitido, las implicaciones y las limitaciones del estudio genético que voy a realizar. Doy autorización para que mis datos personales incluidos en el formulario de solicitud de la prueba genética (incluido mi nombre y informaciones complementarias), así como mi muestra biológica, sean enviados y transmitidos a HeartGenetics, S.A. para que la prueba genética indicada sea realizada y para la elaboración del informe genético.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y de debatir las capacidades, limitaciones y posibles riesgos del estudio genético con mi profesional de salud. Estoy informado de que, si lo deseo, puedo obtener asesoramiento genético profesional antes de firmar este consentimiento informado.

- Autorizo que el material biológico y los datos complementarios sean utilizados en estudios de investigación científica en genética cardiovascular, de forma anónima.

Firma del titular de los datos y de la muestra biológica

Fecha

Lugar de recogida

En caso de firma autorizada:

Nombre

Número de documento de identidad

Fecha de caducidad

Grado de parentesco o tipo de representación

Documento hecho en duplicado: una vía para integración en el proceso de estudio genético, otra para la persona que da su consentimiento.



MyNutriGenes®

Estudio genético de nutrición personalizada

SOLICITUD DE PRUEBA MOLECULAR - Copia

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIBRE PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBA GENÉTICA (Obligatorio)

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, Reglamento General de Protección de Datos, en la Ley 12/2005 del 26 de enero, y la regulación que se establece en el Decreto Ley 131/2014 de 29 de agosto, así como en la Norma 015/2013 de la Dirección General de Salud.

Por favor, lea con atención todo el contenido de este documento. No dude en solicitar más información al profesional de salud si no está completamente informado. Compruebe que todas las informaciones son correctas. Si cree que todo está en conformidad y si está de acuerdo con la propuesta que se le hace, firme este documento.

Comprendo y autorizo voluntariamente que HeartGenetics S.A. realice la prueba genética descrita. Doy autorización para la obtención de material biológico y para la realización de la prueba genética con vistas al estudio genético para el cual doy mi consentimiento, cuyos procedimientos, finalidades y limitaciones me han sido explicados.

Tengo conocimiento y comprendo que se implementarán medidas de protección y confidencialidad de mis datos y que en cualquier momento tengo derecho a acceder, actualizar y/o eliminar mis datos personales.

He comprendido toda la información que se me ha transmitido, las implicaciones y las limitaciones del estudio genético que voy a realizar. Doy autorización para que mis datos personales incluidos en el formulario de solicitud de la prueba genética (incluido mi nombre y informaciones complementarias), así como mi muestra biológica, sean enviados y transmitidos a HeartGenetics, S.A. para que la prueba genética indicada sea realizada y para la elaboración del informe genético.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y de debatir las capacidades, limitaciones y posibles riesgos del estudio genético con mi profesional de salud. Estoy informado de que, si lo deseo, puedo obtener asesoramiento genético profesional antes de firmar este consentimiento informado.

- Autorizo que el material biológico y los datos complementarios sean utilizados en estudios de investigación científica en genética cardiovascular, de forma anónima.

Firma del titular de los datos y de la muestra biológica

Fecha

Lugar de recogida

En caso de firma autorizada:

Nombre

Número de documento de identidad

Fecha de caducidad

Grado de parentesco o tipo de representación

Documento hecho en duplicado: una vía para integración en el proceso de estudio genético, otra para la persona que da su consentimiento.