Si decide participar en el asesoramiento por teléfono y en las pruebas para su familia, tenga este papel con usted cuando llame al número telefónico sin cargo.

Declaración de Consentimiento Fundamentado Para la Prueba de Sangre de Hemoglobina

Por la presente autorizo el laboratorio que extraiga una muestra de sangre mía o de mi hijo para una prueba de hemoglobina como parte del Programa de Análisis de Recién Nacidos de California.

1. Entiendo la información general sobre la enfermedad de células falciformes y sobre el rasgo de células falciformes, así como la diferencia entre los dos.
2. Entiendo que para obtener la muestra de sangre se requiere venipunción y los riesgos que ésta tiene.
3. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria.
4. Sé que tengo derecho a rehusar el servicio o a retirarme del programa en cualquier momento.
5. Reconozco el derecho que tengo a que me entreguen una copia de los resultados de mi prueba y del formulario de consentimiento, si lo deseo.
6. Entiendo que las pruebas de sangre hechas a mi familia podrían revelar que un padre y un hijo no tienen una relación biológica.
7. Entiendo que toda la información que se obtenga es confidencial. Autorizo la entrega de los resultados de las pruebas de hemoglobina a la Rama de Enfermedades Genéticas del Departamento de Servicios de Salud de California con el propósito de obtener asesoramiento por teléfono y pruebas para mi familia. Los resultados de la prueba se enviarán al médico de mi hijo. Sólo con mi permiso por escrito se entregarán los resultados a otros que los soliciten. La información se podrá usar para investigación sin identificarme de ninguna manera.
8. Entiendo que esta autorización no se vence a menos que la persona que la firme más abajo la revoque.
9. Entiendo que tengo derecho a quedarme con una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a: Chief, Genetic Disease Screening Program, 850 Marina Bay Parkway, Richmond, CA 94804, como se halla indicado en el aviso de privacidad.

Mi firma abajo indica que:

Leí o me leyeron la información que aparece más arriba y la entiendo. Tuve la oportunidad de hablar sobre ella y todas mis preguntas fueron contestadas.

Firma _____ Fecha Nacimiento _____ Fecha _____

Nombre (en letra de molde)

Apellido (en letra de molde)

Numero de teléfono

0-00-000-00-000-0