



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA POSIBLE PRUEBA DE CONTAMINACIÓN DE PRETIX Y PRETIX PLUS

Nombre del Paciente: _____

Cédula o Identificación: _____

Fecha: _____

Estimado(a) paciente,

La prueba Pretix se realiza con restos abortivos para detectar posibles anomalías genéticas. Es importante que esté informado sobre lo siguiente:

1. En caso de que los resultados de la prueba Pretix indiquen algún tipo de contaminación en la muestra de restos abortivos, será necesario realizar una prueba de contaminación utilizando la sangre materna previamente tomada.
2. Esta prueba adicional tiene un costo de \$100.00 USD, el cual deberá ser asumido por el paciente.
3. El objetivo de esta prueba de contaminación es garantizar la validez y confiabilidad de los resultados de la prueba Pretix.

Declaración del Paciente:

He leído y comprendido la información proporcionada sobre la prueba Pretix y la posibilidad de realizar una prueba de contaminación en caso de que los resultados iniciales presenten algún problema. Acepto asumir el costo adicional de \$100.00 USD en caso de que sea necesaria esta prueba. Reconozco que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente por el personal médico o del laboratorio.

Firma del Paciente: _____

Nombre y Firma del responsable del Laboratorio: _____

Fecha: _____