



NEGATIVA A REALIZAR EL CRIBADO GENÉTICO

Yo, _____, he sido aconsejado por mi proveedor,

_____ que se recomienda un cribado genético serológico (análisis de sangre) durante el embarazo. Mi proveedor me ha explicado completamente que las pruebas genéticas son para evaluar a mi feto en busca de posibles afecciones genéticas relacionadas con anomalías cromosómicas. Esta prueba de detección **no es** 100% precisa y no diagnosticará a todos los fetos genéticamente anormales antes del nacimiento. No obstante, el cribado detectará el 80-99% de los fetos cromosómicamente anormales, según el tipo de prueba que se realice. Aunque es posible que me hagan una ecografía durante el embarazo para evaluar las anomalías anatómicas y genéticas de mi bebé, este examen puede ser aún menos preciso.

No obstante, me niego a dar mi consentimiento a la prueba de detección genética propuesta. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente, libero al proveedor mencionado anteriormente, Women's Health Associates of Southern Nevada, y a sus empleados y personal médico de toda responsabilidad si mi bebé nace con una anomalía genética no diagnosticada. También certifico que he leído y entendido lo anterior y que todos los espacios en blanco fueron completados antes de mi firma.

_____	_____	____/____/____
Nombre del paciente/tutor legal	Paciente/Tutor Legal	Fecha de firma

Certifico que he explicado la naturaleza, el propósito y los beneficios del cribado genético prenatal serológico. Me he ofrecido a responder cualquier pregunta y he respondido a todas esas preguntas. Creo que el paciente/representante legal entiende completamente lo que he explicado.

_____	_____	____/____/____
Nombre del proveedor	Firma del proveedor	Fecha de firma

____ Copia entregada al paciente

____ Original escaneado en la historia clínica del paciente