

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA SCREENING GENÉTICO A PORTADORES

(Por favor, llenar con letra imprenta legible)

Nombre del paciente:

RUT (PP para extranjeros)  Género:  F  M

Fecha de nacimiento:  día  mes  año

### Ancestros/Etnia:

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispánico       | <input type="checkbox"/> Mediterráneo           | <input type="checkbox"/> Polinésico |
| <input type="checkbox"/> Judío Ashkenazi | <input type="checkbox"/> Caucásico              | <input type="checkbox"/> Otro       |
| <input type="checkbox"/> Judío Sefardi   | <input type="checkbox"/> Color (Africa/América) | .....                               |
| <input type="checkbox"/> Asiático        | <input type="checkbox"/> Nativo Americano       |                                     |

Correo electrónico\*:   
(\*Dato obligatorio. Si el paciente no tiene correo, se debe ingresar el de algún familiar)

Teléfono:

Dirección y comuna:

Ciudad y país de residencia:

Teléfono:

\*Nombre del médico solicitante:

\*Correo electrónico del médico:   
(\*Debe ser la misma dirección usada para la creación de su cuenta en [www.invitae.com](http://www.invitae.com))

**Información de la pareja:** ¿La pareja del paciente se ha realizado un estudio genético en Invitae para esta condición antes? De ser así, indique el nombre, fecha de nacimiento y código RQ de su estudio

Nombre  Fecha Nac:  N° RQ:

### Nombre del panel solicitado

- Panel Focalizado  Panel Ampliado  Panel Completo

### Razones del Estudio (Por favor seleccione las razones que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Screening (sin historial familiar) | <input type="checkbox"/> Paciente o Pareja está embarazada          |
| <input type="checkbox"/> Paciente es donante de gametos     | Fecha estimada de parto _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Paciente tiene historial familiar  | <input type="checkbox"/> Pareja del paciente es portador confirmado |

Especificar historial y parentesco

Especificar enfermedades y/o mutaciones

### CHECKLIST:

 Por favor revise que, además de este documento, está adjuntando:

- Consentimiento Informado firmado  Receta médica indicando diagnóstico y examen solicitado