

INFORMACIÓN ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO A FAMILIARES

(Por favor, llenar con letra imprenta legible)

Nombre del paciente original:

Nº RQ: Fecha del reporte original

Nombre del familiar:

Relación de parentesco

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:

Nombre del padre/madre o tutor legal (pacientes menores de edad):

*Nombre del médico solicitante:

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

Antecedentes clínicos relevantes: *(indique info clínica relevante indicando edad de diagnóstico o manifestación de la enfermedad. También puede adjuntar otro documento más detallado si lo desea)*

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

- Consentimiento Informado firmado Receta médica indicando "Estudio de variante familiar"