C/ Hortaleza 65, 3ª Planta
28004, Madrid
biogencenter@biogencenter.es

Solicitud de estudio: ARRAY-CGH

Nº identificación Laboratorio/ Etiqueta

Fecha de toma de muestra:___/___/___

Datos del paciente:

Nombre paciente:		**Apellidos:**			
Fecha nacimiento		**Sexo**	☐ Hombre	☐ Mujer	
Nº de Historia Clínica		**Compañía**		**Nº poliza**	

Datos contacto del paciente:

Dirección:		**Ciudad:**		**CP:**	
Teléfono:		**Email:**			

Datos del solicitante:

Dr		**Centro / Hospital**			
Servicio		**I.d. Paciente**		**Fecha extracción**	

Pruebas solicitadas:

- ☐ ARRAY PRENATAL (5mL de líquido amniótico)
- ☐ PANEL PRENATAL MUTACIONES DISPLASIAS ESQUELÉTICAS (5mL de líquido amniótico)
- ☐ ARRAY POSTNATAL 60K (10 mL de sangre total EDTA)
- ☐ ARRAY POSNATAL 180K (10 mL de sangre total EDTA)
- ☐ ARRAY POSNATAL AUTISMO 180k (10 mL de sangre total EDTA)
- ☐ Otros

Diagnóstico principal: (Para obtener la máxima información posible y la mejor eficiencia diagnóstica del array-CGH es imprescindible detallar toda la información clínica del paciente):

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y, en cumplimiento del Art. 5 de la citada Ley, le informamos que los datos personales facilitados, serán incluidos en el fichero CLIENTES/ USUARIOS, inscrito ante la AGPD, siendo el responsable del mismo BIOGEN CENTER S.L, con dirección en la calle Hortaleza número 65 de Madrid, teniendo como finalidad el uso de sus datos para un correcto informe de su estudio genético.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, deberá dirigirse a BIOGEN CENTER S.L y cumplimentar los formularios dispuestos al efecto.