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

Solicitud de estudio: Enfermedades Genéticas Hereditarias.

Fecha de recepción:	
ID Muestra:	

(Datos a rellenar por BIOGEN CENTER, S.L.)

Datos del peticionario:

Compañía/Hospital:	**Departamento:**	**Fecha de envío:**
Nombre:	**Apellidos:**	
Teléfono:	**Fax:**	**Email:**

Datos del paciente:

Nombre:	**Apellidos:**	**Fecha nacimiento:**	**Sexo:** ☐H ☐M
Nº de Historia Clínica:	**Compañía:**	**Nº poliza:**	

Características relevantes para el estudio:

(datos clínicos, posible diagnóstico, etc):

Datos de la muestra:

Referencia de la muestra en origen:	**Fecha de extracción:**
Tipo de muestra:	**Observaciones sobre la muestra:**

Datos del estudio genético solicitado:

Estudio solicitado:
Mutación familiar (si procede):

Conforme a la ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, 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 la finalidad de gestionar el estudio diagnóstico indicado en el formulario, pudiendo el paciente ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos dirigiéndose a la siguiente dirección: C/Hortaleza 65, 3ª Planta, 28004 Madrid,y cumplimentando los formularios dispuestos al efecto.