

IDENTIFICACIÓN (Obligatoria)

Nombre	Nº de caso	
Fecha de Nacimiento	Etnia	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (Obligatoria)

Nombre	Entidad
Dirección	Código Postal
Teléfono	E-mail
Fecha de solicitud	Firma

IDENTIFICACIÓN DE MUESTRA

Saliva
Kits de recogida recomendados:
- Isohelix Saliva Collectors Kit, GFX-01

Sangre total
Tubo 2 ml hemograma con
K₂EDTA o K₃EDTA

DNA - mínimo 300 ng a [35] ng/ul

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Peso (kg)	Índice de masa corporal	Relación cintura-cadera (cm)
Nivel de ejercicio: INICIADO <input type="checkbox"/> INTERMEDIO <input type="checkbox"/> AVANZADO <input type="checkbox"/>	Fuerza de los miembros superiores: _____ / _____ <small>(N.º de repeticiones) (Carga)</small> Fuerza de los miembros inferiores: _____ / _____ <small>(N.º de repeticiones) (Carga)</small> Resistencia cardiovascular: _____ <small>(Velocidad máx y tiempo de milla de marcha/carrera)</small>	Resistencia muscular: _____ / _____ <small>(N.º de flexiones de brazos) (N.º de abdominales)</small> Flexibilidad: _____ <small>(Sienta y alcanza en cm)</small> Tuvo tendinitis o rotura de ligamentos: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Obligatorio)

Yo, _____, declaro que autorizo de forma voluntaria la recogida de mi material biológico mío/de mi hijo/a _____ para la realización de la prueba genética especificada anteriormente. Declaro que se me ofreció toda la información necesaria sobre la realización del mismo y que comprendo las aplicaciones y limitaciones de la prueba genética que se me ha prescrito. Tengo conocimiento y comprendo que se implementarán medidas de protección a la confidencialidad de mis datos, por tiempo indeterminado. En cualquier momento, tengo derecho a acceder, actualizar y/o eliminar mis datos personales, mediante el envío de un e-mail a genetica@e-icm.net

Consiento expresamente y autorizo que mis datos personales y otras informaciones relevantes para mi cuadro clínico se envíen y transmitan a ICM, S.A. para la realización de la prueba genética.

Autorizo que el material biológico y los datos complementarios se utilicen en investigación, de forma anónima.

Lugar	Fecha	Firma
-------	-------	-------