

Formato de Solicitud Servicios NGS para Pruebas Genéticas

Obligatorio completar toda la información

Uso exclusivo del laboratorio

Código de Prueba

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo

Fecha

Sexo

 HOMBRE MUJER

Etnia

 AFRICANO ASIÁTICO
 CAUCÁSICO HISPANO

Medicamentos que toma

Altura (cm)

Peso (Kg)

ORDEN AUTORIZADA POR:

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA **OBLIGATORIO**

Nombre del Profesional de la Salud

Especialidad

Registro Profesional

Fecha de recolección

Hora

Dirección

Tipo de espécimen

 SALIVA SANGRE STRECK CELL FREE DNA BCT
 SANGRE LAVENDER CAP

Nombre de la Clínica ó Práctica

Teléfono

Email

SALUD PROACTIVA

Seleccionar tipo de prueba genética

 DIPFIT DIPSPORT DIPHEALTH DIPBEHAVIOR DIPBIOME
 DIPNUTRITION DIPFERTILITY DIPSKIN DIPTALENT DIPPHARMA

PRUEBAS GRADO CLÍNICO

 METABOLISMO NEUROLOGÍA CARDIOLOGÍA OTORRINO ONCOLOGÍA NEFROLOGÍA ENFERMEDADES RARAS
 OFTALMOLOGIA REPRODUCTIVA MALFORMACION INMUNOLOGÍA HEMATOLOGÍA VASCULAR
HUERFANAS

SALUD REPRODUCTIVA

 BIOMARCADORES PRENATAL PORTADORES
 PANEL GENÓMICO CGH

GENÓMICA DE CÁNCER

 DPRECISION DIPINHIBITOR DIPMSI
 DIPRNA DIPNEOANTIGEN DIPTMB

BIOPSIA LÍQUIDA

Ingresar código de BIOPSIA

FIRMA OBLIGATORIA PROFESIONAL DE LA SALUD QUE ORDENA LA PRUEBA

Consentimiento informado y declaración de necesidad médica: Afirmo que estoy legalmente autorizado para ordenar las pruebas genéticas de laboratorio seleccionadas, que son médicamente necesarias para el tratamiento y/o plan de atención al paciente para el que se solicitan las pruebas. Las solicitudes de prueba sin una firma no serán procesadas. Por la presente confirmo que un consentimiento informado de Diploide Genomics ha sido firmado por persona (s) legalmente autorizada para hacerlo y está archivada.

Firma del Profesional de la Salud

Fecha