



Consentimiento para obtener, conservar o divulgar información genética

Estado de Nevada

Tal como se usa en este documento, la "información genética" quiere decir cualquier información que se obtenga de una prueba genética.

1. Entiendo que ninguna aseguradora o corporación que proporcione seguro de salud, compañía que sirva a pequeños empleadores u organización de mantenimiento de la salud puede:
 - a. Exigirme a mí o a cualquier miembro de mi familia hacerse una prueba genética;
 - b. Exigirme que revele si yo o algún miembro de mi familia se ha hecho una prueba genética;
 - c. Solicitar mi información genética o la información genética de un miembro de mi familia o;
 - d. Determinar las tarifas o cualquier otro aspecto de la cobertura o beneficios de atención médica para mí o mi familia, en función de si yo o cualquier miembro de mi familia se ha realizado una prueba genética, en función de mi información genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia.
2. También entiendo que:
 - a. Tengo derecho a recibir los resultados de una prueba genética, por escrito, dentro de los 10 días hábiles posteriores a los resultados recibidos por la persona que realiza la prueba. Los resultados por escrito deben indicar que, a menos que se indique lo contrario en el capítulo 629 del NRS, mi información genética no puede obtenerse, conservarse o divulgarse sin obtener primero mi consentimiento informado.
 - b. Es ilegal que una persona o entidad obtenga mi información genética sin mi consentimiento informado, a menos que la información se obtenga:
 - i. Por una agencia de aplicación de la ley federal, estatal, del condado o de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo humano sin vida;
 - ii. Se determine la ascendencia o identidad de una persona en determinadas circunstancias;
 - iii. Se determine la paternidad de una persona en determinadas circunstancias;
 - iv. Para su uso en un estudio en el que la identidad de las personas de las que se obtiene la información genética no se divulgue a la persona que realiza el estudio;
 - v. Para determinar la presencia de ciertos trastornos hereditarios en un bebé en ciertas circunstancias o;
 - vi. De conformidad con una orden de un tribunal de jurisdicción competente.
 - c. Es ilegal que una persona retenga información genética que me identifique, sin obtener primero mi consentimiento informado, a menos que la retención de la información genética sea:
 - i. Necesaria para llevar a cabo una investigación penal, una investigación sobre la muerte de una persona o un procedimiento penal o de menores;
 - ii. Autorizada de conformidad con una orden de un tribunal de jurisdicción competente o;
 - iii. Necesaria para ciertas instalaciones médicas para mantener en mis registros médicos.
 - d. Si he autorizado a una persona a retener mi información genética, puedo solicitar que la persona destruya dicha información. Dicha persona destruirá la información, a menos que la retención de la información sea:
 - i. Necesaria para llevar a cabo una investigación penal, una investigación sobre la muerte de una persona o un procedimiento penal o de menores;
 - ii. Autorizada por orden de un tribunal de jurisdicción competente;
 - iii. Necesaria para que ciertas instalaciones médicas la mantengan en mis registros médicos o;
 - iv. Autorizada o requerida por la ley estatal o federal.



Sonic Healthcare Reproductive Health

- e. Salvo que la ley o regulación federal disponga lo contrario, una persona que obtenga mi información genética para su uso en un estudio destruirá la información al finalizar el estudio o al retirarme del estudio, lo que ocurra primero, a menos que autorice a la persona que realiza el estudio a retener mi información genética después de que se complete el estudio o cuando me retire del estudio.
- f. Es ilegal que una persona revele u obligue a otra a revelar mi identidad si fui objeto de una prueba genética o a revelar a otra persona información genética que le permita identificarme, sin obtener primero mi consentimiento informado, a menos que se revele la información:
 - i. Para llevar a cabo una investigación penal, una investigación sobre la muerte de una persona o un proceso penal o de menores;
 - ii. Se determine la ascendencia o identidad de una persona en determinadas circunstancias;
 - iii. Se determine la paternidad de una persona en determinadas circunstancias;
 - iv. De conformidad con una orden de un tribunal de jurisdicción competente;
 - v. Por un médico después de que haya fallecido y mi información genética ayude en el diagnóstico médico de personas relacionadas conmigo por sangre;
 - vi. A una agencia de aplicación de la ley federal, estatal, del condado o de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo humano sin vida;
 - vii. Para determinar la presencia de ciertos trastornos hereditarios evitables en un bebé en ciertas circunstancias o;
 - viii. Por una agencia de justicia penal en ciertas circunstancias.

Yo autorizo a Sonic Healthcare USA y sus filiales ("Sonic") a realizar pruebas genéticas y a recopilar, obtener, usar, mantener y retener una muestra y los resultados de las pruebas para ese propósito. Autorizo a Sonic Healthcare USA y sus afiliados ("Sonic") a divulgar mi información genética, incluidos los resultados de mis pruebas genéticas, al médico o proveedor de atención médica que hizo la solicitud para fines de tratamiento, Metis Genetics, LLC para propósitos de asesoramiento genético cuando sea apropiado, y a mi plan de salud/compañía de seguros y sus representantes autorizados, conforme sea necesario para el reembolso, a menos que mi médico o proveedor de atención médica que hizo la solicitud indique lo contrario para fines de tratamiento.

Acepto la plena responsabilidad financiera por cualquier obligación de pago asociada con mi (s) prueba (s). Entiendo que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable, según lo especificado por mi plan de salud, incluidos los costos relacionados con servicios fuera de la red, no cubiertos o no autorizados. Entiendo que Sonic y sus afiliados facturarán a mi plan de salud como es requerido por mi aseguradora y de acuerdo con sus políticas, a menos que se notifique lo contrario. Si corresponde, autorizo a Sonic a apelar cualquier negación de cobertura de parte de mi aseguradora en mi nombre. Entiendo que debo dirigir todos los estimados de costos y cobertura de consultas a mi aseguradora o, si no tengo seguro, a Sonic y sus afiliados. Además, autorizo a mi plan de salud/compañía de seguros a pagar directamente a Sonic y sus afiliados por los servicios prestados. Entiendo que puedo ser responsable de las partes de esta prueba que no están cubiertas por mi seguro.

Este documento de consentimiento es válido por un año a menos que se indique lo contrario aquí _____.

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____