



Formulario de petición

CÓDIGO CLIENTE >

CÓDIGO PROCEDENCIA >

***Importante: este documento hay que llevarlo completo e impreso el día de la prueba.**

Gracias por su atención.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO DNI

ALTURA (CM) PESO (KG) SEXO MASCULINO FEMENINODEPORTISTA HABITUAL SÍ NO OBJETIVO Pérdida peso MantenimientoACTIVIDAD FÍSICA Sedentaria Liviana Moderada Intensa

TELÉFONO ASCENDENCIA.....

CIUDAD RESIDENCIA PROBLEMAS SUEÑO SÍ NO PICOTEO SÍ NO

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN CLÍNICA

Indicar si existen antecedentes personales o familiares de alguna enfermedad genética, adjuntar informe médico del paciente:

.....

INFORMACIÓN DEL CENTRO SOLICITANTE

NOMBRE DEL MÉDICO N° COLEGIADO

CENTRO

PRUEBA(S) SOLICITADA(S)

..... TIPO MUESTRA

De conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un consentimiento expreso y específico por escrito. Es responsabilidad del médico peticionario el asegurarse de la existencia del mencionado consentimiento y de su firma.

FIRMA PROFESIONAL SANITARIO

.....

FECHA

EUROFINS MEGALAB, S. A. como responsable del tratamiento de sus datos personales, le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el RGPD (UE) 2016/679 y normativa española vigente, para la realización de pruebas diagnósticas, análisis e informes clínicos, facturación y gestión de incidencias. La base jurídica para estos tratamientos es lo dispuesto en el artículo 6.1 apartados b, c y f RGPD. Serán conservados durante el tiempo que dure el tratamiento, o en su caso, el tiempo legal establecido para cada una de las obligaciones legales que deriven de los tratamientos llevados a cabo.

Se le informa de la posibilidad de retirar su consentimiento en cualquier momento. Si bien, esta retirada no afectará a los tratamientos anteriores a la misma. Asimismo, se le informa de que puede ejercitar sus derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podrá ejercitar estos derechos, o revocar el consentimiento, por escrito en Eurofins Megalab, S. A. c/ Valderribas, 71 - 28007 o en dpd@megalab.es, junto a copia de su DNI. Asimismo, se le informa de su derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos.

FIRMA PACIENTE FECHA.....