



B I O A R R A Y
Diagnóstico Genético

Bioarray, S.L.
Parque Científico y Empresarial de la UMH
Edificio Quorum III
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
Tlf: 96 668 2500 Fax: 96 668 2501
www.bioarray.es · info@bioarray.es

FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS

ANÁLISIS PRENATAL NO INVASIVO DE TRISOMÍAS FETALES

SOLICITAR RECOGIDA LLAMANDO AL 96.668.25.00

Datos del Paciente

Nombre Apellidos Fecha de Nacimiento

DNI Dirección

Provincia Código Postal Teléfono Correo Electrónico

Historia Obstétrica

Número de embarazos Número de partos Número de abortos

Fecha de último parto/aborto Embarazos anómalos y causa

Datos embarazo actual

Edad gestacional Edad gestacional calculada por ecografía

Etnia:

Caucásica Magrebí Latino-Americana China Otra:

Test previos de Screening del Síndrome de Down:

Riesgo estimado para trisomía del 21 1: _____ , para trisomía del 18 1: _____

Cribado del primer trimestre Traslucencia nucal por ecografía

Historia familiar de enfermedades genéticas:

Portadora de enfermedad genética:

Datos de la Muestra

Tipo de muestra Fecha y Hora de la Extracción



BIOARRAY
Diagnóstico Genético

Bioarray, S.L.
Parque Científico y Empresarial de la UMH
Edificio Quorum III
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
Tlf: 96 668 2500 Fax: 96 668 2501
www.bioarray.es · info@bioarray.es

Datos del Doctor Solicitante

Centro de trabajo/Hospital/Consulta		Servicio/Departamento	Fecha
Nombre	Apellido	Correo Electrónico	
Dirección		Ciudad	
Provincia	Código Postal	Teléfono	Fax

Datos de Facturación

Centro de trabajo/Hospital/Consulta		CIF	
Nombre	Apellido	Correo Electrónico	
Dirección		Ciudad	
Provincia	Código Postal	Teléfono	Fax

Persona Autorizada

Firma y Sello

Forma de Pago

1. El pago lo realizará directamente el paciente/solicitante mediante transferencia bancaria al número de cuenta 0487-0472-61-2000004231 del Banco Mare Nostrum, S.A.
2. El importe a abonar depende del tipo de prueba solicitada. Si no dispone de esa información, solicítela al laboratorio.
3. El solicitante debe abonar el coste de la prueba antes de su realización.
4. Cualquier gasto adicional (por ejemplo, coste de la extracción de muestra en otro laboratorio) no está incluido en el coste de la prueba, debiendo ser abonado por el propio paciente y en las condiciones del laboratorio donde se realice.
5. Los costes del envío de la muestra por mensajería al laboratorio están incluidos.

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, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a Bioarray, S.L, con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : Bioarray, S.L., Polígono Imperial, Calle K, 03330 Crevillente, Alicante.