

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS

### Datos del Peticionario

Centro Solicitante		Fecha
Nombre y Apellidos		Correo Electrónico
Dirección		
Provincia	Código Postal	Teléfono

### Datos Clínicos del Paciente

Nombre y Apellidos		Sexo	Edad
Diagnóstico			
Motivo de la Consulta		Resumen H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> o Antecedentes	
Tipo de Muestra		Fecha de la Extracción	

### Datos de Facturación y Forma de Pago

Entidad:	
Dirección:	
Persona Autorizada:	NIF / CIF:
Teléfono:	e-mail:
Firma Autorizada:	

### DIAGNÓSTICO / CRIBADO PRENATAL

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TrisoNIM®          | <input type="checkbox"/> FISH (especificar): _____                 |
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® Prenatal | <input type="checkbox"/> Estudios Moleculares (Especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> QF-PCR             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo          | <input type="checkbox"/> Otros: _____                              |

### DIAGNÓSTICO POSTNATAL

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® 60k                          | <input type="checkbox"/> Cribado Neonatal de Metabolopatías        |
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® 180k Autismo                 | <input type="checkbox"/> Cariotipo                                 |
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® 180k UPD (Bajo petición)     | <input type="checkbox"/> FISH (especificar): _____                 |
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® 400k                         | <input type="checkbox"/> Estudios Moleculares (Especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> ExoNIM® Trio                           | _____  |
| <input type="checkbox"/> ExoNIM® Panel NGS (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____                              |

### DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO Y HEMATO-ONCOLÓGICO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Seq50                          | <input type="checkbox"/> OncoNIM® Cáncer Diagnóstico               |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Seq409                         | <input type="checkbox"/> Cariotipo                                 |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Seq BRCA1/2                    | <input type="checkbox"/> FISH (especificar): _____                 |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Cáncer Familiar                | <input type="checkbox"/> Estudios Moleculares (Especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Cáncer Familiar mama y ovario  | _____  |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Cáncer Familiar neuroendocrino | <input type="checkbox"/> Otros: _____                              |
| <input type="checkbox"/> OncoNIM® Cáncer de Colon familiar       |  |

### TERAPIA CELULAR

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> KaryoNIM® Stem Cells | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|---|---------------------------------------|

### SECUENCIACIÓN DE MICROORGANISMOS

- |                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
|------------------------------|---------------------------------------|

Para más información consulte nuestro **Catálogo de Servicios** en el **Área Profesional** de nuestra web [www.nimgenetics.com](http://www.nimgenetics.com)

### Potección de datos y confidencialidad

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 NIMGenetics, 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: NIMGENETICS, S.L., Genómica y Medicina, C/ Faraday, 7 28049 Madrid.