

Reconocimiento del paciente de asesoría genética

Su proveedor de atención médica la remitió a Natera para asesoría genética. Asesoría genética es el proceso de ayudar a las personas a entender y adaptarse a las implicaciones médicas, psicológicas y familiares de las contribuciones genéticas a la enfermedad. Natera es una empresa de diagnósticos que ofrece pruebas además de servicios de asesoría genética. El asesor genético que lo guiará en su sesiones de asesoría genética es empleado de Natera.

Su cita de de asesoría genética se realizará por video. Entiendo que la política de Natera no permite ninguna grabación (audio o video) de las sesiones de asesoría genética. Durante la sesión, el asesor genético le hará preguntas sobre sus antecedentes médicos personales y sus antecedentes médicos familiares. Si está embarazada, el asesor genético también le preguntará por los antecedentes médicos personales y los antecedentes médicos familiares de su pareja u otros padres biológicos del embarazo. Basado en esta información, el asesor genético discutirá los posibles riesgos asociados con las condiciones genéticas/médicas identificadas que pueden afectarla a usted y su descendencia.

Es su responsabilidad proporcionarle información precisa y completa al asesor genético. Los riesgos indicados por el asesor genético dependen de la precisión de la información que usted proporcione. En algunos casos, el asesor genético puede pedirle que obtenga resultados de pruebas genéticas o registros médicos de otro proveedor de atención médica o de un familiar. Es su responsabilidad enviarle los registros solicitados al asesor genético.

El asesor genético le explicará las pruebas disponibles. Esta explicación incluirá los beneficios, limitaciones y riesgos asociados con las pruebas. Las pruebas son opcionales. Usted elige someterse o no a cualquiera de las pruebas discutidas.

Si decide someterse a cualquiera de las pruebas discutidas durante su sesión de asesoría genética, es su responsabilidad contactar a su proveedor de atención médica quien ordenará las pruebas. Su proveedor de atención médica es responsable de seleccionar el laboratorio que realizará las pruebas. Los resultados de la mayoría de las pruebas están disponibles en 2 o 3 semanas. Si no se han comunicado con usted en relación con los resultados de sus pruebas después de 3 semanas, debe contactar a su proveedor de atención médica.

Usted ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Natera (NPP). El NPP describe cómo Natera puede usar y divulgar su información de salud protegida y que Natera se reserva el derecho a cambiar esas prácticas. También puede acceder al NPP en línea en www.natera.com/natera-notice-of-privacy-practices.

Los cargos por su asesoría genética son separados de los cargos de su proveedor de atención médica. Natera facturará a su compañía de seguros si usted ha proporcionado información de seguro. Usted será responsable del pago de cualquier saldo restante, deducible, co-pago y/or co-seguro.

Cuestionario de asesoría genética reproductiva

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Dirección física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información de la pareja

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
Dirección física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Proveedor de atención médica remitente

Nombre del proveedor de atención médica (gineco-obstetra primario): _____
Nombre de la clínica: _____
Dirección física: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Información del seguro

- ☐ Facturar al seguro
- ☐ Auto-pago

Compañía de seguros: _____
Número de grupo: _____ ID de miembro: _____
Nombre del miembro: _____

Información del embarazo

¿Está embarazada actualmente? Sí/No/No está segura ¿Cuál es su fecha probable de parto? _____

¿Es su pareja el padre/progenitor biológico de este embarazo? Sí/No/No está segura

¿Usó un donante de esperma y/u óvulos para lograr este embarazo? Sí/No/No está segura

¿Este es su primer embarazo? Sí/No/No está segura

En caso negativo, por favor, llene la tabla de abajo:

Antecedentes de embarazos

Fecha de parto	A término o prematuro	Semanas de gestación	Sexo biológico (M/F)	Resultado (sano, complicaciones, etc)

Información sobre pruebas

¿Se han sometido usted o su pareja reproductora al tamizaje de portadores ? Sí/No/No está segura

¿Se han sometido usted o su pareja reproductora a análisis cromosómicos de sangre?
Sí/No/No está segura

¿Se han sometido usted o su pareja reproductora a cualquier otro tipo de prueba genética?
Sí/No/No está segura

En caso afirmativo, por favor, explique: _____

Si está embarazada, ¿se ha sometido al alguna tipo de prueba durante el embarazo? Sí/No/No está segura

En caso afirmativo, por favor, marque todas las que apliquen:

- ☐ Ultrasonido
- ☐ Tamizaje de sangre/suero para detectar síndrome de Down y/o defectos del tubo neural y/o tamizaje prenatal no invasivo para detectar anomalías cromosómicas
- ☐ Muestra de vellosidades coriónicas (CVS)
- ☐ Amniocentesis
- ☐ Otra: _____

Medicamentos/exposiciones

Si está embarazada, ¿ha usado o estado expuesta a alguno de los siguientes:

- ☐ Cigarrillo
- ☐ Alcohol
- ☐ Drogas recreativas
- ☐ Rayos X (diferentes de las radiografías dentales)
- ☐ Medicamentos distintos a las vitaminas prenatales y analgésicos de venta libre
- ☐ Otro: _____

¿Toma algún medicamento regularmente? Sí/No/No está segura

En caso afirmativo, por favor, indique cualquier medicamento que ha tomado desde la concepción (distinto de las vitaminas prenatales y Tylenol) en la tabla de abajo.

Medicamento	Condición médica	Dosis	Fechas de ingesta

Antecedentes familiares

¿De qué países vienen sus ancestros y los de su pareja o con qué grupos raciales/étnicos se identifican usted y su pareja?

Paciente _____ Pareja _____

¿Están usted y su pareja relacionados consanguíneamente? Sí/No/No está segura

¿Es usted o su pareja adoptada? Sí/No/No está segura

¿Tienen usted o su pareja antecedentes personales o familiares de cualquiera de las siguientes condiciones? Por favor, marque todas las que correspondan.

- ☐ Síndrome de Down u otro problema cromosómico
- ☐ Discapacidad intelectual, retraso del desarrollo o autismo
- ☐ Fibrosis quística
- ☐ Atrofia muscular espinal, distrofia muscular u otra enfermedad neuromuscular
- ☐ Enfermedad o rasgo de la célula falciforme
- ☐ Hemofilia u otro trastorno de coagulación sanguínea
- ☐ Trastorno esquelético
- ☐ Epilepsia, convulsiones
- ☐ Defecto del tubo neural como espina bífida (abierta)
- ☐ Defecto cardíaco al nacer
- ☐ Ceguera o sordera
- ☐ Dos o más pérdidas de embarazos, muerte fetal o muerte infantil
- ☐ Infertilidad
- ☐ Defecto de nacimiento no indicado arriba (por favor, explique) _____
- ☐ Condición genética no indicada arriba (por favor, explique) _____
- ☐ Condición médica grave no indicada arriba (por favor, explique) _____

Reconocimiento del paciente

He leído (o alguien me ha leído) el Reconocimiento del paciente de asesoría genética. La información proporcionada en este formulario es correcta y exacta a mi leal saber y entender. Natera puede usar la información aquí incluida para contactarme para seguimiento clínico, resultados, asuntos de facturación/cobro y productos, servicios o estudios relacionados con la salud. Puedo excluirme de contacto que no sea clínico marcando esta casilla. ☐

Al marcar esta casilla, le doy permiso a Natera para discutir mi información de salud con mi pareja (aquí indicada). ☐

Firma del paciente: _____

Fecha: _____