

**Hoja de consentimiento informado para el Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas de Euskadi**

**DECLARO QUE:**

- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- He recibido suficiente información sobre el programa y sobre el estado de portador.
- He sido informado/a de que la participación de mi hijo/a es voluntaria.
- He sido informado/a de que se preservará la confidencialidad de las muestras según las regulaciones éticas y legales vigentes.
- He sido informado/a de que puedo retirar a mi hijo/a del programa cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos, y que puedo solicitar que la muestra no se utilice para la colección ni se almacene.
- He sido informado/a de que el uso y manejo de estos datos, se hará siguiendo los principios recogidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como de la comunicación de datos a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

**EN CONSECUENCIA, EN CALIDAD DE PADRE, MADRE, TUTOR, TUTORA (MARQUE lo que proceda)**

D./D<sup>a</sup>..... D.N.I. ....

| SÍ | NO |   |
|----|----|---|
|    |    | Doy mi consentimiento para obtener una muestra de sangre de mi bebé, para realizar el diagnóstico neonatal de las enfermedades congénitas participando así en el Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas y para conocer la situación de portador. |
|    |    | Doy mi consentimiento para realizar el diagnóstico neonatal de las enfermedades congénitas que requieran un análisis genético.  |

Nombre y dos apellidos del hijo/a .....

Fecha y lugar:

Firma:

Informó: D./D<sup>a</sup> .....en calidad de .....

Fecha y lugar:

Firma: