BIOMAKERS®
MOLECULAR PATHOLOGY & RESEARCH

Folio:

DATOS DEL PACIENTE

ID del Paciente: -

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Género: M F

Teléfono:

DATOS DEL MEDICO

Nombre:

Teléfono: E-Mail:

Institución:

SOLICITUD DE PRUEBAS Y AVISO DE PRIVACIDAD

Prueba Requerida: Optimus

Cantidad de Bloques Enviados: ID de Bloque:

Diagnóstico: Sitio del Tumor:

IMPORTANTE: Debe enviar el Reporte Patológico junto con la muestra.

AVISO DE PRIVACIDAD

Biomakers México, S.A.P.I. de C.V. ("Biomakers México"), con domicilio en Periférico Sur n° 3395 Planta Baja, Oficina A002, Colonia Rincón del Pedregal, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, México C.P. 14120, declara que al tratar datos personales, incluyendo datos personales sensibles de sus pacientes de manera directa o indirecta, los usa para las siguientes finalidades principales: cumplir con las obligaciones contraídas con sus pacientes o clientes a través de convenios, consentimientos y en el caso de los pacientes, para el procesamiento de sus muestras y para realizar las transferencias descritas en el presente. Los datos personales que se obtienen del paciente son datos de identificación y de contacto. Para el procesamiento de muestras también es importante contar con datos de salud, considerados datos personales sensibles por ley. Biomakers México, podrá transferir esos datos, dentro y fuera del país a (i) otros laboratorios exclusivamente para apoyar el diagnóstico clínico de los pacientes; (ii) terceros de la industria medica ya sea para el seguimiento de tratamientos con médicos o el seguimiento de sus medicamentos, agencia de seguros donde desea contratar una póliza, empleador o posible empleador, o patrocinador de la prueba, sin que Biomakers México sea responsable de ninguna manera por dichas cuestiones o seguimientos; (iii) FORTREA Inc., sus afiliadas y subsidiarias para uso interno, operaciones de asistencia sanitaria, investigación, reclutamiento para ensayos clínicos y para publicaciones y presentaciones*. Le informamos que para las transferencias indicadas con un asterisco (*) requerimos obtener su consentimiento expreso y por escrito. El uso de esta información es confidencial, lo cual se garantiza por medio de entrenamientos anuales a los empleados y convenios de confidencialidad. Si usted requiere ejercer sus derechos ARCO (Actualización, Rectificación, Cancelación y Oposición), revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales o limitar el uso o divulgación de dichos datos, por favor comuníquese con el Responsable Sanitario, quien es también nuestro oficial de datos personales, de Biomakers México, mediante el siguiente correo: laboratorio.mx@biomakers.net, quien atenderá su solicitud y le informará los procedimientos, requisitos y plazos que hemos implementado para que usted pueda ejercer sus derechos. Biomakers México le informará de cualquier modificación al presente aviso en la página www.biomakers.net. Ultima actualización del presente Aviso de Privacidad realizada en noviembre del 2023.

Confirmo que he leído el presente Aviso de Privacidad y otorgo mi consentimiento expreso y por escrito, en mi representación [o representación de mi hijo o pupilo] para que mis datos personales [o aquellos de mi pupilo,] y la muestra remanente del estudio puedan ser tratados conforme a los términos del mismo y conforme al consentimiento.

Paciente [/Padre o Tutor]

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Nombre Hijo/Pupilo:

Firma:

Médico

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Firma:

Reconozco que para realizar las transferencias indicadas con un asterisco (*) Biomakers México requiere obtener mi consentimiento expreso y por escrito. Conforme a lo anterior, acepto que mis datos personales [o aquellos de mi hijo/pupilo] sean transferidos conforme a dichas transferencias.

Paciente [/Padre o Tutor]

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Nombre Hijo/Pupilo:

Firma: