

No escriba en esta zona gris. Para Juno Genetics uso interno solamente	Número de Juno Genetics	Fecha de recepción	Recibido por

**Los apartados marcados con (*) son obligatorios para solicitar la prueba*

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE		DATOS DE LA CLÍNICA REMITENTE	
Nombre*		Nombre médico remitente*	
Número de historia clínico*		Correo electrónico médico*	
Fecha de nacimiento*	dd / mm / aaaa	Clínica remitente *	
Correo electrónico/número de teléfono*		Correo electrónico donde enviar los resultados *	

INDICACIÓN CLÍNICA *
<input type="checkbox"/> Ecografía anormal
<input type="checkbox"/> Embarazo de alto riesgo determinado por: <input type="checkbox"/> Amniocentesis <input type="checkbox"/> Prueba de vellosidades coriónicas <input type="checkbox"/> Pruebas prenatales no invasivas Cariotipo fetal determinado por una prueba prenatal previa: _____
<input type="checkbox"/> Aborto(s) previo(s): Número _____
<input type="checkbox"/> Cariotipo(s) parental(es) aneuploide(s): Paciente femenina: _____ Paciente masculino: _____
<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Desconocido

INFORMACIÓN CLÍNICA			
Fecha de la pérdida del embarazo	dd / mm / aaaa	Edad gestacional estimada	_____ (semanas) _____ (días)
Tipo de muestra	<input type="checkbox"/> Legrado convencional <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Método de concepción*	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> FIV IUI: <input type="checkbox"/> Óvulos propios <input type="checkbox"/> Óvulos donados		
Tipo de gestación*	<input type="checkbox"/> Singleton <input type="checkbox"/> Múltiple: Número de fetos _____		
Fecha de toma de la muestra	dd / mm / aaaa		

SOLICITUD DE LA PRUEBA POC POR UN PROFESIONAL SANITARIO AUTORIZADO*.			
Certifico que estoy legalmente autorizado para solicitar exámenes médicos o utilizar información médica, y que los datos del paciente proporcionados en este formulario son exactos a mi leal saber y entender. He explicado la prueba y sus limitaciones al paciente o pacientes y he respondido a cualquier pregunta relacionada con ella lo mejor que he podido. Confirmando que el paciente ha rellenado y firmado el correspondiente consentimiento informado para la prueba POC y que tengo una copia del mismo. Me comprometo a proporcionar cualquier información adicional solicitada por Juno Genetics si es necesario.			
Firma del profesional sanitario remitente autorizado*		Fecha de la solicitud*	dd / mm / aaaa