**Consentimiento Informado**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente acepta tener información de salud personal, como fotografías digitalizadas, información clínica, información de antecedentes familiares e información genética de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Nombre del Paciente] para ser registrados, procesados y almacenados, utilizando un software de computadora accesible de forma segura solo por el médico examinador y el equipo clínico.

Dr. Rachael es un conjunto de herramientas que facilitan evaluaciones genéticas completas y precisas. Su tecnología central ayuda a detectar rasgos fenotípicos para respaldar las evaluaciones clínicas y mejorar la interpretación de las pruebas de diagnóstico. Los datos no identificados se utilizan para el desarrollo continuo y la mejora de la tecnología detrás del Dr. Rachael y para los avances y descubrimientos de la investigación científica.

El Dr. Rachael cumple totalmente con las regulaciones de HIPAA y las leyes de privacidad del paciente de la UE, así como con otras leyes de privacidad en todo el mundo. Cualquier información de salud personal cargada al Dr. Rachael es accesible solo para un médico examinador y su equipo clínico (si corresponde) a menos que también esté de acuerdo con una de las siguientes opciones:

 La información también se puede compartir con un grupo de profesionales de la salud expertos para comentarios profesionales y consultas con fines clínicos. Un ejemplo es la publicación de un caso en el foro desconocido en línea de la Dra. Rachael.

 La información también se puede compartir con todos los usuarios de Dr. Rachael con fines informativos y educativos. Un ejemplo es incluir el registro de interacción y material relacionado en la Academia Dr. Rachael, bases de datos médicas o una publicación en una revista científica o conferencia.

Aparte de lo indicado anteriormente, la información de salud personal de los pacientes no se compartirá ni publicará y usted tiene derecho a solicitar que no se utilicen más estos datos poniéndose en contacto con las siguientes personas:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nombre del médico responsable** | |
|  |
| Firma / Firma del tutor | Fecha |
|  | |
| Relación (si firma el tutor) | |