



CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEFONICO

Convenio de pruebas para identificar la mutación asociada con Cardiomiopatía Amiloide por Transtiretina de tipo hereditaria o natural (CM-ATTRh – CM-ATTRwt).

A continuación, me permito leer el consentimiento informado por el cual nos autoriza el tratamiento de datos personales y la gestión de los exámenes solicitados por su médico tratante, por favor escuche atentamente la siguiente información y responda con un SÍ o un NO si otorga su consentimiento para recibir el apoyo por parte del convenio con Cencisalud.

1. Se me explicaron los beneficios concernientes al convenio de pruebas diagnósticas, los cuales son:
 - Programación y toma de exámenes teniendo en cuenta la solicitud realizada por mi médico tratante.
 - El costo de los exámenes solicitados por el médico tratante será asumido por Cencisalud.
 - Los resultados de los exámenes realizados por el convenio me serán enviados a mi correo electrónico para ser presentados al médico solicitante y con ello definir el manejo.
2. Acepto libremente ser incluido en el sistema de información de Cencisalud y cumpliré las instrucciones y recomendaciones recibidas.
3. Entiendo que este servicio es de carácter transitorio y condicionado hasta el momento en el que el médico lo defina.
4. Finalmente, autorizo a CENCISALUD la recolección, manejo y uso de mi información con fines académicos y epidemiológicos, o de auditoria sin que sean revelados datos específicos de mi identidad. Puede consultar nuestra política del tratamiento de datos personales publicada en <https://cencis.org/politica-y-tratamiento/> de acuerdo con la ley Estatutaria 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013.