

## Solicitud de informe de Variantes Genéticas sin secuenciación

Con precio

### 1 Datos del facultativo solicitante

Nombre y apellidos

Centro médico-hospitalario

Teléfono

Correo electrónico  
para recibir los resultados

\*Los resultados se enviarán al email indicado en formato PDF® firmados digitalmente a través de correo electrónico certificado y estarán disponibles en nuestro Portal de Clientes.

### 2 Datos para la factura

Hospital / Institución

Paciente particular

Forma de pago:

Transferencia  
bancaria

Tarjeta de  
crédito

Nombre  
Hospital o paciente

NIF / DNI

Dirección

Ciudad

Código Postal

País

Teléfono

Correo electrónico  
donde Health in Code debe enviar la factura

Persona de contacto

### 3 Variantes Genéticas a interpretar\*

Gen/variante: .....

Gen/variante: .....

Gen/variante: .....

Gen/variante: .....

Gen/variante: .....

(\*) Máximo 5 variantes por paciente

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code. La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos. El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones. Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos. Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte. También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

## 4 Datos clínicos

*Es recomendable adjuntar un informe clínico para asegurar la correcta interpretación de los hallazgos genéticos.*

## 5 Precio e información

### CONDICIONES DE PAGO:

- **Empresas / Hospitales:** Pago mediante transferencia bancaria a 30 días desde la fecha de emisión de la factura.
- **Particulares:** El 100% del importe del estudio se abonará una vez recibida la muestra en el laboratorio de Health in Code. Los pagos se realizarán por transferencia bancaria o tarjeta de crédito a través del portal de clientes.

### RESULTADOS:

- Recibirá nuestro informe vía:
- Email certificado
  - Portal de clientes de Health in Code

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code. La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos. El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones. Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos. Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte. También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.