



Pegar etiqueta identificativa
No escriba en el recuadro

FICHA PRUEBA DEL TALÓN

Datos del Niño

Lugar de Nacimiento

Hospital

Domicilio ☐ *Fuera CyL* ☐ *Otros* ☐

Centro que recoge muestra

APELLIDOS

NOMBRE

Fecha nacimiento

Hora nacimiento

Sexo

Semanas gestación

Múltiple

Peso (kg)

Talla (cm)

Tipo parto

Serología HEPATITIS B durante
embarazo (Antígeno HBs materno)

Patología tiroidea padres

P. origen madre

P. origen padre

Fecha toma muestra: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Transfusión: ☐ Sí ☐ No Fecha: ____ / ____ / ____

Medicamentos: ☐ Sí ☐ No

Antibióticos: ☐ Sí ☐ No

Íleo meconial: ☐ Sí ☐ No

Ictericia: ☐ Sí ☐ No

Alimentación: ☐ Materna ☐ Artificial ☐ Parenteral

Observaciones:

Datos de la Madre

APELLIDOS

NOMBRE

N.I.F.

Teléfono

Teléfono

Dirección

Código postal

Localidad

Provincia

OBLIGATORIO CUMPLIMENTAR CONSENTIMIENTO INFORMADO
(VER A LA VUELTA)



Nombre:

Apellidos:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO GENÉTICO

He recibido (madre/padre/tutor) información oral y escrita sobre la detección de las enfermedades incluidas y las pruebas a realizar dentro del Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas en Castilla y León. Estas enfermedades se detectan mediante el análisis de unas gotas de sangre que se extraen del talón del bebé entre las 48 y 72 horas de vida. En ocasiones (prematuridad, muestra insuficiente, etc.) puede ser necesaria una segunda toma, de lo que se me avisará oportunamente. Entiendo que el hallazgo de alguna alteración no equivale a un diagnóstico, y podrán requerirse más pruebas antes de confirmarse los resultados.

Se me ha facilitado y/o he leído el folleto informativo sobre este Programa (más información disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/deteccion-precoz-enfermedades-congenitas>)

Los datos de esta prueba y la muestra se conservarán durante un periodo mínimo de cinco años desde la fecha en la que fueron obtenidos. Durante dicho periodo, y en el caso de que la muestra fuese imprescindible para satisfacer necesidades asistenciales del niño/a y de su familia, podrá cederse bajo petición expresa y específica del médico/a que preste dicha asistencia y con autorización de los padres/tutores por escrito. Así mismo, si las muestras pudieran ser utilizadas para investigación biomédica se informará y se solicitará de forma expresa el consentimiento a los padres/tutores. Las muestras podrán emplearse por el laboratorio para fines relacionados con el Programa (control de calidad, verificación posterior del un resultado, desarrollo y mejora de la tecnología analítica, etc.) sin ser preciso un nuevo consentimiento. En relación con la protección de sus datos personales y los de su hijo/a, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los datos personales que facilite y se deriven de la participación en este Programa serán objeto de tratamiento con el fin de detectar las enfermedades incluidas en el mismo. El responsable del tratamiento es la Dirección General de Salud Pública (dgsp@jcyl.es) y el Delegado de Protección de Datos de la GRS (dpd.sanidad@jcyl.es). Los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del RGPD los puede ejercer ante los responsables indicados. También puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/pdsn0025>

Declaro que: (marcar la casilla elegida)

☐ **Consiento** que se le realicen a mi hijo/a las pruebas de detección precoz recomendadas, que pueden incluir pruebas genéticas.

☐ **No consiento** que se le realicen a mi hijo/a las pruebas de detección precoz recomendadas. He sido informado de las posibles consecuencias negativas para la salud de mi hijo/a si niego mi consentimiento a la realización de dichas pruebas.

Firma de la madre, padre o tutor:

Nombre y apellidos:.....

DNI:.....

En calidad de (madre,padre, tutor legal)

Firmado en , a dede