

**DECLARACIÓN JURADA
DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dr./a _____ Matricula Profesional N° _____
con domicilio legal constituido en la calle _____ N° _____
Piso ____ Dpto ____ Localidad _____ Teléfono _____

Declara bajo juramento que:

Habiendo asistido a su consultorio el paciente identificado según código _____
(*el mismo que se utiliza para identificar el consentimiento informado*), quien en principio padecería
_____, quien suscribe le ha propuesto
realizarse un análisis de información genómica, en virtud del cual he puesto en total conocimiento
a mi paciente sobre los extremos del procedimiento a realizarse, firmando ambos el consentimiento
informado donde consta que el mismo fue informado por quien suscribe e identificado bajo el código
_____.

El profesional aquí firmante se constituye en depositario del mentado consentimiento informado,
guardando el mismo bajo estrictas condiciones de seguridad. De igual forma manifiesta haber
entregado un segundo ejemplar del mismo a su paciente.

En este acto, en _____ a los ____ días del mes de
_____ de _____ en la Ciudad de _____ se firman
dos ejemplares del mismo tenor siendo entregado cada uno de ellos a los aquí firmantes.