

Solicitud para cancelar

PEDIDO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial de su segundo nombre	Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA)
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	País
Teléfono residencial	Correo electrónico		

- Comprendo que un estudio solo se puede cancelar antes de la divulgación del informe.
- También entiendo que, al momento de este pedido, Invitae puede ya haber identificado hallazgos médicamente procesables en el estudio y, por medio de la presente, confirmo el pedido de cancelar, independientemente de cualquier hallazgo posible. Reconozco que no recibiré ninguna información adicional sobre posibles hallazgos de parte de Invitae.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Soy (seleccione) <input type="radio"/> Paciente <input type="radio"/> Proveedor de atención médica <input type="radio"/> Representante del paciente

REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

Si usted es el representante personal del paciente, complete la siguiente sección e incluya una copia de la documentación legal que demuestra que usted es padre, tutor, ejecutor testamentario o que es la persona a cargo de tomar las decisiones médicas.

Nombre	Relación con el paciente		
Dirección			Teléfono
Ciudad	Estado	Código postal	País