



## Intolerancia alimentaria

Prueba genética de intolerancia a la lactosa

Prueba genética de intolerancia a la fructosa

Pruebas genéticas de intolerancia al gluten

**PROCEDENCIA WEB**

### DATOS PERSONALES

Dr. / Dra.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pertenezco a la asociación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Remitir informe a:

Correo-e: \_\_\_\_\_

Correo postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE LAS PRUEBAS

**ESTUDIOS GENÉTICOS (indicar con una cruz):**

ENFERMEDAD CELIACA (DQ2,DQ8,DQ7)

ENFERMEDAD CELIACA  
(TIPADO COMPLETO HLA DQA1/DQB1)

ESTUDIO GENÉTICO  
DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA

ESTUDIO GENÉTICO  
DE INTOLERANCIA A LA FRUCTOSA

### DATOS DE LA MUESTRA

Muestra obtenida el: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### DOCUMENTO REQUERIDO EN BASE A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

-----  
APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI / PASAPORTE: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del titular de los datos, o persona autorizada (y DNI), si es menor o incapacitado

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de un fichero automatizado, cuyo titular es el Centro Diagnóstico Calderón SLP con la finalidad de llevar a cabo la gestión de análisis clínicos. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla dirigiéndose al domicilio de la entidad en C/Colón nº 37 de Castellón. Los datos recogidos han sido facilitados por el propio interesado, dando su consentimiento para su tratamiento en el sistema de información del Centro. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento y confidencialidad de dichos datos.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter médico recabados, puedan ser transferidos o cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores, por razón de su especialidad sanitaria, para dar cumplimiento al servicio profesional requerido. Cuando el interesado utilice los servicios sanitarios bajo la cobertura de un seguro médico, el establecimiento sanitario acreedor comunicará a la entidad aseguradora los datos sanitarios necesarios para que esta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad. Mediante la presente autoriza la expresada cesión de datos personales a la compañía aseguradora.

**FIRMA**

**FECHA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_