

Información del Centro de Trasplante (Transplant Center (TC) Information)			
Identificación del NMDP (NMDP TC ID):			
Nombre del Centro de Trasplante (TC Name):		Médico que solicita (Ordering physician name):	

Información del Paciente (Complete esta sección en todas las muestras) Patient Information (Complete this section for all samples)			
Nombre del paciente (Apellido, Nombre(s)) Patient Name (Last, First, Middle):			
Número de teléfono del paciente Patient Phone Number:	Dirección de correo electrónico del paciente: Patient Email Address:		
Número de identificación NMDP (En caso de que lo conozca) NMDP RID # (if known):	Sexo (Gender): M F	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Diagnóstico (Diagnosis):

Información del donador relacionado (Complete esta sección solamente si envía muestras del donador potencial) Related Donor Information (Complete this section only if sending a potential donor sample)			
Nombre del donador potencial (Apellidos, Nombre(s)) Potential Donor Name (Last, First, Middle):			
GRID:	Parentesco con el paciente (Relationship to patient):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy):	Sexo (Gender): M F

Información de la muestra (Sample Information)				
Fecha de colección (DD/MM/AAAA) (Collection Date (dd/mm/yyyy)):		Paciente (Patient)	Donador (Donor)	Donador Relacionado (Related Donor)
Estudio de HLA a realizar (Escoja una opción) (HLA Testing to be performed (choose one)):				
Prueba inicial de HLA al paciente (Initial Patient HLA typing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP):				
Prueba inicial de HLA al donador potencial (Initial Related Donor HLA typing: IR HLA-A/B/DRB1):				
Pruebas confirmatorias de HLA al paciente (Confirmatory Patient HLA Testing: IR HLA-A/B/DRB1):				
Pruebas confirmatorias de HLA al donador potencial (Confirmatory Donor HLA Testing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP):				
Comentarios (Comments):				

RID = NMDP-assigned Recipient ID# **HR** = High resolution **IR** = Intermediate resolution

Send Specimens via FedEx to:
 American Red Cross – HLA Lab
 180 Rustcraft Road, Suite 115
 Dedham, MA 02026 USA
 Phone: 01 (781) 461-2148

Persona que llena la solicitud (Person completing the form): _____
 Numero de guía FedEx (FedEx tracking number): _____
 Fecha de envío (Date sent): _____

AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS

El presente aviso describe cómo podría utilizarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede acceder a esa información. Favor de leer con atención. La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (La Ley) nos exige informar y/o proporcionar a los pacientes el Aviso de Privacidad de Datos de nuestro servicio de consulta y laboratorio (Genética), recabados de manera escrita, por una solicitud, formato de papel, digital, correo electrónico o cualquier otro documento. Al firmar acepta y autoriza al Departamento a utilizar y tratar de forma automatizada tus datos personales e información suministrada, los cuales formarán parte de nuestra base de datos con la finalidad de utilizarlos en forma enunciativa, más no limitativa, para: identificarte, ubicarte, comunicarte, contactarte y llevar a cabo para tu paciente el servicio correspondiente a la búsqueda de compatibilidad con posibles donadores de médula ósea. La temporalidad de los datos es indefinida partir de la fecha en la que los proporcionas, en el entendido de que: De acuerdo al artículo 22 de la Ley, el paciente goza de los siguientes derechos: 1. Derecho a acceder a la información y realizar copias (Acceso), 2. Derecho a solicitar correcciones (Rectificación), 3. Derecho a solicitar restricciones (Cancelación), 4. Derecho a solicitar confidencialidad en las comunicaciones (Oposición), 5. Derecho a solicitar un detalle de la información divulgada, y 6. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Nuestro servicio tiene la obligación de cumplir con los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad tutelados en la Ley; por tal motivo, con fundamento en los artículos 13 y 14 de la Ley, garantiza la estricta confidencialidad de los datos personales e información médica, así como mantener las medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas que permitan protegerlos contra daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado. Si desea realizar consultas acerca de este aviso, comuníquese con la persona cuyo nombre y teléfono se indican en esta página. Fecha de vigencia del aviso: enero 2022. Persona de contacto: Amaro Sanchez Larrayoz teléfono: 800 062 4644, domicilio: Calle Montes Urales 424, Lomas, Miguel Hidalgo 11000, Ciudad de México, CDMX; correo electrónico de contacto: asanche4@bethematch.org.mx