

## Acuerdo de Depósito de ADN

Este Acuerdo se celebra entre **PreventionGenetics LLC** y la persona que lo suscribe (de aquí en adelante denominado “usted” o “su”). Este Acuerdo contiene disposiciones para el depósito del ADN de una persona (el Depositante). Con frecuencia, la persona que suscribe este Acuerdo es el Depositante, pero en aquellos casos donde el Depositante es un niño menor de edad o un adulto incapaz de dar su consentimiento, la persona que suscribe el Acuerdo es diferente del Depositante. Al firmar este Acuerdo bajo los términos que usted indicó, otorga autoridad a PreventionGenetics para extraer y conservar el ADN del Depositante.

### *El proceso*

1. **PreventionGenetics le enviará un kit de recogida de forma gratuita.** Usted puede llamar, enviar un fax o un correo electrónico para recibir un kit. También puede indicar que necesita un kit en el formulario del Acuerdo de Depósito de ADN. El kit incluirá dos tubos de recolección de sangre, recipientes para el envío e instrucciones completas para realizar la recolección. También incluye un sobre de devolución prepago de FedEx para su conveniencia a la hora de devolver el kit a PreventionGenetics.
2. El Acuerdo de Depósito de ADN se encuentra disponible en la página web de PreventionGenetics. Si es necesario, también podemos enviarle una copia por correo o fax. Usted deberá firmar una copia del Acuerdo y enviarla por correo o fax a PreventionGenetics (ver la dirección al final del Acuerdo). Usted deberá proporcionar el nombre y la dirección de un Representante, quien será responsable de la muestra de ADN si usted sufre alguna incapacidad y/o después de su muerte. Un padre o tutor legal debe firmar en nombre de un Depositante menor de edad (la mayoría de edad se basa en la legislación del estado de residencia del menor). Un agente con el poder de abogado o un tutor debe firmar por un Depositante adulto incapaz de dar su consentimiento.
3. Luego, debe disponer el pago (ver Información de Facturación en la página 7). Los costos actuales del Depósito de ADN son de USD 149 para una sola persona, USD 139 por persona de un grupo familiar de 2 a 4 miembros y USD 129 por persona de un grupo familiar de 5 o más miembros. Para recibir los precios con descuento, las muestras de los miembros de la familia deben enviarse juntas, salvo que con anterioridad, se haya dispuesto de otro modo. Si el Depositante también se realiza una prueba clínica de ADN en PreventionGenetics, el costo del Depósito de ADN será solo de USD 98. Diríjase a la página web de PreventionGenetics para obtener más información acerca de esta opción. No existen costos adicionales, tales como costos anuales de almacenamiento.
4. El Depositante deberá dirigirse a un consultorio médico local u otro flebotomista calificado para la extracción de sangre. Se extraerán de cinco a veinte mililitros de sangre (aproximadamente de una a cuatro cucharaditas de té). PreventionGenetics no se responsable de cualquier complicación que pueda surgir de la extracción de sangre. El flebotomista puede enviar la sangre al laboratorio de PreventionGenetics. Es posible que deba pagar por la extracción de sangre. Este costo estará a su cargo.

5. El personal de laboratorio de PreventionGenetics extraerá el ADN de las muestras de sangre, medirá la cantidad de ADN y colocará el ADN en sistemas de congelamiento seguros. El ADN será conservado en al menos dos congeladores en dos o más lugares por separado. En el caso eventual de que la extracción fallara, PreventionGenetics le enviará otro kit de recolección y repetirá la extracción sin costos adicionales.
6. Después de realizar el depósito de ADN, usted, así como también su representante, recibirá una copia ratificada del Acuerdo de Depósito. Usted debe guardar en forma segura una copia firmada de este Acuerdo junto con sus documentos importantes. El Acuerdo contendrá su Número de Depositante, el cual es fundamental para hacer los retiros.

### ***Sus responsabilidades***

Usted es responsable de notificar a PreventionGenetics acerca de cualquier modificación en su nombre o dirección y de cualquier modificación en el nombre o dirección de su Representante. Los formularios para este fin están a su disposición en la página web de PreventionGenetics. Es importante que nos suministre información actualizada en caso de modificaciones.

### ***Responsabilidades y servicios de PreventionGenetics***

1. PreventionGenetics es responsable de conservar en forma segura el ADN por un período de 20 años a partir de la fecha del depósito. A pesar de no ser de carácter obligatorio, PreventionGenetics intentará conservar el ADN por tanto tiempo como sea posible, incluso luego del fallecimiento del Depositante.
2. PreventionGenetics mantendrá en forma segura la información suministrada por usted en el Acuerdo de Depósito de ADN y en los Formularios de Información del Depositante durante el período que se conserve la muestra de ADN.
3. Mientras que usted sea capaz de dar su consentimiento, PreventionGenetics no venderá o transferirá el ADN del Depositante a ningún tercero sin su consentimiento expreso, por escrito. Del mismo modo, si usted sufre alguna incapacidad para dar su consentimiento o luego de su fallecimiento, PreventionGenetics no venderá o transferirá el ADN del Depositante a ningún tercero sin el consentimiento expreso, por escrito de su Representante.
4. Mientras que usted esté capacitado para dar su consentimiento, PreventionGenetics no realizará pruebas en el ADN del Depositante sin su consentimiento expreso, por escrito. Si usted sufre alguna incapacidad para dar su consentimiento o luego de su fallecimiento, PreventionGenetics no realizará pruebas en el ADN del Depositante sin el consentimiento expreso, por escrito de su Representante.

5. Si PreventionGenetics cierra su Depósito de ADN, éste le enviará una notificación por escrito a usted o su Representante a la última dirección conocida al menos sesenta días antes de la fecha de cierre. Usted o su Representante deben proporcionar a PreventionGenetics instrucciones por escrito respecto al destino de la muestra de ADN al menos dos semanas antes de la fecha de cierre del Depósito de ADN. En caso de que PreventionGenetics no reciba dichas instrucciones, éste destruirá o transferirá la muestra a otro Depósito que cumplirá con las disposiciones de este Acuerdo.
6. Por una modesta suma de dinero y luego de recibir sus instrucciones escritas y firmadas, PreventionGenetics retirará una parte de ADN del Depositante y la enviará a la dirección que usted indique. Dichos retiros, por lo general, se hacen para pruebas de ADN. En la página web de PreventionGenetics, encontrará un formulario de retiro de ADN. PreventionGenetics conservará el resto del ADN.
7. Una vez recibidas sus instrucciones escritas y firmadas, PreventionGenetics destruirá la muestra de ADN del Depositante.
8. PreventionGenetics ofrece una cantidad cada vez mayor de pruebas de ADN. Si usted elige que su ADN depositado sea sometido a pruebas en PreventionGenetics, no deberá abonar cargos por retiro.

## Información del Depositante

**NOTA:**

El Depositante es la persona cuyo ADN será depositado.

*Complete con letra legible.*

Para una muestra fetal sin nombre primero, ingrese *Feto de* "el primer nombre de la madre".

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo(s) nombre(s) o inicial: \_\_\_\_\_

Sexo (masculino o femenino): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular/Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ¿Cómo supo de nuestro servicio?

- \_\_\_\_\_ Asesor genético/genetista
- \_\_\_\_\_ Otro proveedor de cuidados de la salud (médico, enfermera)
- \_\_\_\_\_ Miembros de la familia/amigos
- \_\_\_\_\_ Radio pública
- \_\_\_\_\_ Página web
- \_\_\_\_\_ Otro, especifique \_\_\_\_\_

## Representante

A continuación, usted debe incluir a una persona como su Representante, quien controlará el ADN del Depositante si usted pierde la capacidad de manejar sus asuntos, o luego de su fallecimiento. Luego de que se produzca su fallecimiento o incapacidad, este Representante tendrá la autoridad de hacer que su ADN sea sometido a pruebas o transferido. Luego de su fallecimiento y el de su Representante, PreventionGenetics puede autorizar la realización de pruebas en la muestra de ADN basadas en las necesidades y deseos de los familiares vivos del Depositante. En todos los casos, PreventionGenetics tomará todas las precauciones razonables para mantener el anonimato del Depositante y del Representante.

Elija a su Representante cuidadosamente. El Representante debe tener al menos 18 años de edad. Si usted deseara nombrar a más de un Representante, imprima y complete copias adicionales de esta página del Acuerdo de Depósito de ADN, o adjunte una página adicional con la información pertinente. Una copia del Acuerdo de Depósito de ADN ratificado se enviará al/a los Representante(s) designado(s) luego de que el ADN del Depositante haya sido depositado.

## Información sobre el Representante

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo(s) nombre(s) o inicial: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Particular/Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el Depositante: \_\_\_\_\_

**Firmas**

He leído lo anteriormente expuesto y acepto todas las disposiciones. Asimismo, acepto todos los Términos y Condiciones que se mencionan a continuación. Conservaré una copia de este Acuerdo firmado para mis registros.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Depositante \_\_\_\_\_  
 Fecha

Si el Depositante no puede firmar debido a su edad o incapacidad, un Padre, Tutor o Representante con Poder Notarial (indicar cuál) firmará abajo y completará esta sección:

\_\_\_\_\_  
 Padre/Tutor/Representante con Poder Notarial \_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta

ACEPTADO, PreventionGenetics LLC

Por: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Fecha

Número del Depositante: \_\_\_\_\_

Cualquier notificación o instrucción bajo los términos de este Acuerdo debe entregarse/enviarse por correo postal u otro medio a PreventionGenetics:

PreventionGenetics LLC  
 Depósito de ADN  
 3800 S. Business Park Ave, Marshfield, WI 54449  
 Teléfono: 715-387-0484 Fax: 715-384-3661  
 Correo electrónico: [DNABanking@PreventionGenetics.com](mailto:DNABanking@PreventionGenetics.com) Página web: [www.preventiongenetics.com](http://www.preventiongenetics.com)

**Información de facturación: Esta sección debe completarse.**

**Facturación a individuos:**

Nombre de la parte responsable:

Dirección:

Números de teléfono/Correo electrónico:

N.º de tarjeta de crédito (Visa o MasterCard solamente)

Fecha de vencimiento de la tarjeta de crédito/Código de seguridad de 3 dígitos (en el reverso de la tarjeta)

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ /Código \_\_\_\_\_

**Firma del titular de la tarjeta (obligatorio)**

**Facturación a instituciones:**

Institución a facturar:

Contacto:

Dirección:

Números de teléfono/Correo electrónico:

### *Otros términos y condiciones*

1. PreventionGenetics cumplirá con la legislación vigente.
2. En el caso de niños menores de edad, el ADN depositado será controlado por el/los padre(s) o tutores legales del niño. Cuando el niño alcance la mayoría de edad, este asumirá el control de su muestra de ADN. Si PreventionGenetics recibe instrucciones contradictorias por parte de los padres o tutores legales del niño, PreventionGenetics puede postergar la acción hasta que los padres o tutores legales lleguen a un acuerdo y notifiquen a PreventionGenetics acerca de su acuerdo o hasta que PreventionGenetics reciba una copia certificada de una orden o sentencia del tribunal que resuelva la disputa y contenga instrucciones para PreventionGenetics acerca de cómo este último debe proceder. En caso de que los padres del niño estén divorciados, salvo que PreventionGenetics reciba instrucciones por escrito, firmadas y certificadas de ambos padres donde conjuntamente acuerden cuál de ellos controlará la muestra hasta que el niño alcance la mayoría de edad, PreventionGenetics seguirá las instrucciones del padre que tiene la custodia exclusiva (o en el caso de custodia compartida, el padre con colocación primaria) del niño.
3. Usted y PreventionGenetics reconocen y aceptan que en caso de pérdida, daño o destrucción de la muestra de ADN por cualquier razón, el perjuicio resultante será imposible o extremadamente difícil de determinar. Del mismo modo, usted y PreventionGenetics aceptan que, en el caso de que su muestra de ADN o parte de ella se pierda, dañe o destruya por cualquier razón, la única y exclusiva solución adecuada será la indemnización por un monto igual al costo del Depósito de ADN que usted pagó por dicha muestra.
4. NI USTED NI PREVENTIONGENETICS SERÁN RESPONSABLES ANTE EL OTRO POR NINGÚN DAÑO CONSECUENTE, ESPECIAL O PUNITIVO O POR LA PÉRDIDA O GANANCIAS IMPUTADAS PROVENIENTES DE ESTE ACUERDO O SU RESCISIÓN, YA SEA POR INCUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA, DECLARACIÓN O CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN, O SI LA RESPONSABILIDAD ESTÁ ESTABLECIDA POR CONTRATO O RESPONSABILIDAD CIVIL (QUE INCLUYE NEGLIGENCIA Y RESPONSABILIDAD ESTRICTA DEL PRODUCTO E INDEPENDIENTEMENTE DE SI ALGUNO DE NOSOTROS HA SIDO NOTIFICADO DE LA POSIBILIDAD DE DICHA PÉRDIDA O DAÑO). POR EL PRESENTE, USTED Y PREVENTIONGENETICS RENUNCIAN A CUALQUIER AFIRMACIÓN DE QUE ESTAS EXCLUSIONES PRIVARÍAN A UNA DE LAS PARTES DE UNA SOLUCIÓN ADECUADA. USTED ACEPTA ESTA LIMITACIÓN EN SU PROPIO NOMBRE, ASÍ COMO TAMBIÉN EN NOMBRE DE CUALQUIER MENOR DE QUIEN USTED ES RESPONSABLE. PREVENTIONGENETICS NO TIENE NINGÚN TIPO DE RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE Y RASPADO BUCAL QUE USTED REÚNA.
5. Ninguna variación de los términos de este Acuerdo será vinculante para ninguna de las partes, salvo que usted o su Representante firmen una modificación escrita y esta sea firmada por un funcionario u otro representante autorizado en nombre de PreventionGenetics. Este Acuerdo representa el contrato completo entre las partes con respecto a este asunto y no existen otras interpretaciones, acuerdos o declaraciones que no sean las del presente Acuerdo. Este Acuerdo será vinculante, y obligatorio para el beneficio de las partes y aplicable para las partes y sus herederos, albaceas, administradores, representantes, sucesores y cesionarios respectivos. Este Acuerdo puede ser asignado por PreventionGenetics a cualquier entidad sucesoria de PreventionGenetics o a un comprador de los activos de PreventionGenetics, si el sucesor o comprador acepta asumir las obligaciones de este Acuerdo.
6. Este Acuerdo será considerado como aceptado por PreventionGenetics en el estado de Wisconsin y las leyes de Wisconsin prevalecerán en la interpretación y cumplimiento de este Acuerdo. Todas las disputas relacionadas con este Acuerdo estarán regidas por las leyes del estado de Wisconsin, excluyendo sus conflictos de principios legales. Usted y PreventionGenetics aceptan que cualquier disputa que pudiera surgir entre las partes que derive en la presentación de demandas en los tribunales será litigada en los Tribunales del Distrito Federal del Estado de Wisconsin o en Los Tribunales de Circuito del Estado de Wisconsin.
7. Si un tribunal determina que alguna disposición de este Acuerdo es inválida, ilegal o inaplicable, la validez, legalidad y aplicación de las disposiciones restantes no se verán afectadas o perjudicadas por ello.
8. Una firma enviada por facsímil es tan válida como una firma original.