SOLICITUD DE PRUEBA DE ADN

FORMATO DE AUTORIZACION PARA PRUEBA DE:

☐ **PATERNIDAD** ☐ **MATERNIDAD** ☐ **ABUELIDAD** ☐ **HERMANDAD** ☐ **TIALDAD**

Fecha: _____

CADENA DE CUSTODIA* SI ☐ **NO** ☐ ** (Anexar documentos aplicables)*

Persona 1 en estudio
Posible parentesco con Persona 2: ( ) Padre ( ) Madre ( ) Abuelo (a) ( ) Tío (a) ( ) Hermano (a)

Nombre: _____ Sexo: M ( ) F ( )

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grupo Étnico: _____
Día Mes Año
Tipo de muestra: Sangre periférica_____ Bucal_____ Otro_____

Madre o tutor legal (Solo en caso de participar algún menor en el estudio)

Nombre: _____ Sexo: M ( ) F ( )

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grupo Étnico: _____
Día Mes Año
Tipo de muestra: Sangre periférica_____ Bucal_____ Otro_____

Persona 2 en estudio

Posible parentesco con Persona 1: ( ) Hijo (a) ( ) Nieto (a) ( ) Sobrino (a) ( ) Hermano (a)
Nombre: _____ Sexo: M ( ) F ( )

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grupo Étnico: _____
Día Mes Año
Tipo de muestra: Sangre periférica_____ Bucal_____ Otro_____

CONFIRMACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo Q._____ con Cédula Profesional _____ y numero de cliente ____, afirmo haber obtenido las muestras de las personas involucradas en el presente estudio, las cuales han sido adecuadamente rotuladas para su identificación. Doy fe de que las personas involucradas están informadas que el resultado emitido no puede ser utilizado para fines legales, salvo que el estudio se haya solicitado con cadena de custodia, igualmente autorizan la manipulación y proceso de las muestras. Confirmo que la información proporcionada en el presente formato es correcta, verdadera y además tomo completa responsabilidad de la toma de muestras y de los datos plasmados en esta hoja. Al firmar la presente DESLINDO A **SONORA LABS** DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL O CIVIL.

_____

Nombre y firma del Químico