

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. Confirmando 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