

SOLICITUD PARA PRUEBA DE ADN.

No. de control: _____

POR FAVOR LEA Y COMPLETE EL FORMULARIO CON LETRA LEGIBLE.

Seleccione la o las opciones deseadas (Marque con una X).

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Paternidad duo (presunto padre e hijo) | ☐ Paternidad y Maternidad | ☐ Perfil Genetico |
| ☐ Paternidad Trio (presunto padre, madre e hijo) | ☐ Abuelidad | ☐ Persona Adicional |
| ☐ Maternidad | ☐ Hermandad | ☐ Otro _____ |

Información de la persona que se declara como “cliente” y por lo tanto autoriza el análisis de las muestras:

Nombre: _____

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado : _____ Código Postal : _____

Número Telefónico: _____ Cel : _____ E-mail: _____

Firma: _____ Fecha : _____

(día/mes/año)

DATOS DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN ESTA PRUEBA:

Presunto Padre	Nombre: _____		
	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento: _____	Nacionalidad: _____
	Es menor de edad: ☐ SI ☐ NO	Firma (si es menor de edad, su tutor) _____	
	Nombre del tutor _____		
	Tipo de Muestra: () Sangre () Saliva () Cabello () Uñas () Cepillo Dental Otro: _____		
	() He, () No he sido objeto de una transfusión de sangre o de células madre/médula ósea tras plantado de células en los últimos tres meses. Si es así explique: _____		
	Origen étnico:		
	☐ Caucásicas (europeas) ☐ Africano ☐ Japonés ☐ Hispano ☐ India (Asia Meridional) ☐ Otro: _____		
Confirmando que esta información es correcta. He otorgado mi autorización para someter la muestra al análisis por ADN.			

Hijo	Nombre: _____		
	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento: _____	Nacionalidad: _____
	Es menor de edad: ☐ SI ☐ NO	Firma (si es menor de edad, su tutor) _____	
	Nombre del tutor _____		
	Tipo de Muestra: () Sangre () Saliva () Cabello () Uñas () Cepillo Dental Otro: _____		
	() He, () No he sido objeto de una transfusión de sangre o de células madre/médula ósea tras plantado de células en los últimos tres meses. Si es así explique: _____		
	Origen étnico:		
	☐ Caucásicas (europeas) ☐ Africano ☐ Japonés ☐ Hispano ☐ India (Asia Meridional) ☐ Otro: _____		
Confirmando que esta información es correcta. He otorgado mi autorización para someter la muestra al análisis por ADN.			

Madre	Nombre: _____		
	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento: _____	Nacionalidad: _____
	Es menor de edad: ☐ SI ☐ NO	Firma (si es menor de edad, su tutor) _____	
	Nombre del tutor _____		
	Tipo de Muestra: () Sangre () Saliva () Cabello () Uñas () Cepillo Dental Otro: _____		
	() He, () No he sido objeto de una transfusión de sangre o de células madre/médula ósea tras plantado de células en los últimos tres meses. Si es así explique: _____		
	Origen étnico:		
	☐ Caucásicas (europeas) ☐ Africano ☐ Japonés ☐ Hispano ☐ India (Asia Meridional) ☐ Otro: _____		
Confirmando que esta información es correcta. He otorgado mi autorización para someter la muestra al análisis por ADN.			

Otro (Especifique)	Nombre: _____
	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
	Es menor de edad: ☐ SI ☐ NO Firma (si es menor de edad, su tutor) _____
	Nombre del tutor _____
	Tipo de Muestra: () Sangre () Saliva () Cabello () Uñas () Cepillo Dental Otro: _____
	() He, () No he sido objeto de una transfusión de sangre o de células madre/médula ósea tras plantado de células en los últimos tres meses. Si es así explique: _____
	Origen étnico: ☐ Caucásicas (europeas) ☐ Africano ☐ Japonés ☐ Hispano ☐ India (Asia Meridional) ☐ Otro: _____
Confirmando que esta información es correcta. He otorgado mi autorización para someter la muestra al análisis por ADN.	

Otro (Especifique)	Nombre: _____
	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
	Es menor de edad: ☐ SI ☐ NO Firma (si es menor de edad, su tutor) _____
	Nombre del tutor _____
	Tipo de Muestra: () Sangre () Saliva () Cabello () Uñas () Cepillo Dental Otro: _____
	() He, () No he sido objeto de una transfusión de sangre o de células madre/médula ósea tras plantado de células en los últimos tres meses. Si es así explique: _____
	Origen étnico: ☐ Caucásicas (europeas) ☐ Africano ☐ Japonés ☐ Hispano ☐ India (Asia Meridional) ☐ Otro: _____
Confirmando que esta información es correcta. He otorgado mi autorización para someter la muestra al análisis por ADN.	

ESTA SECCION DEBE SER LLENADA POR EL TESTIGO DE LA RECOLECCION DEL ESPECIMEN

Yo, _____ confirmo que he atestado o llevado a cabo la recolección de espécimen de las personas identificadas en este documento a las _____ hrs. del _____ de _____ del 20____, en la ciudad de _____, Edo. _____

Firma: _____

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE RESULTADOS

- ☐ Autorizo que el resultado sea entregado a: _____
- ☐ El resultado solo podrá ser entregado a la persona que acuda con el comprobante de pago o persona que adquiere el servicio. Nota: En caso de extraviar su comprobante de pago, el resultado solo se entregará previa presentación de identificación oficial de la persona que adquirió el servicio.

DECLARACION

El comprador exime a Medica Movil del Valle S.A. de C.V. de cualquier responsabilidad legal que se pudiera tomar en contra de él, si se diera el caso de la toma de muestra de un menor sin autorización. El comprador no hará responsable a Médica Móvil del Valle S.A. de C.V. por el impacto que pueda causar los resultados de esta prueba, con relación a cualquier acción legal.

CANCELACIONES Y DEVOLUCIONES

El cliente, podrá solicitar la cancelación del estudio, debiendo ser por escrito (correo electrónico). En caso de haber liquidado el costo total; la devolución será únicamente del 50%, siempre y cuando no se hayan tomado las muestras y solicite la cancelación dentro del mismo mes; en caso contrario podrá ceder los derechos del mismo a otra persona.

Fecha: _____ Firma del Comprador: _____

He leído y acepto lo anterior.