

**SOLICITUD DE PRUEBA DE PATERNIDAD**

Solicitamos a LOUR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, S.A.S. DE C.V. la realización de una prueba de identidad genética (PRUEBA DE ADN) donde se establecerá la presunta relación biológica entre:

No.	Relación Biológica	Nombre	Código de muestra
1	Supuesto padre		
2	Madre		
3	Hijo (1)		
4	Hijo (2)		

Nosotros autorizamos al personal de Laboratorio Q.F.B. Águeda Sánchez Luna a tomar una muestra de 5 ml de sangre (o en su defecto saliva) para realizar la prueba de identidad genética. Entiendo que este procedimiento de toma de muestra sanguínea puede implicar cierta molestia en el sitio de punción. En caso de algún daño físico he sido enterado que el personal que toma la muestra dará facilidades necesarias, tratamiento de emergencia y los servicios profesionales requeridos. Simultáneamente se nos ha pedido el consentimiento en esta solicitud para participar voluntariamente en estudios genética-poblaciones de carácter científico a partir de los datos generados en el laboratorio LUOR, por lo cual he decidido \_\_\_\_\_ (aceptar/ no aceptar) entendiendo que, en caso de aceptar, en todo momento se mantendrá la confidencialidad de nuestros datos personales dentro de los límites éticos y legales que correspondan, y que nuestra participación puede terminar en cualquier momento al dar aviso al personal de LOUR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, S.A.S. DE C.V o al lugar donde se tomó la muestra.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

	Tipo de identificación <input type="text"/> No. de identificación <input type="text"/>
Firma	
Huella digital (Pulgar Derecho)	
¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 90 días? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido transplante de medula osea? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Me someto de manera voluntaria a la toma de muestra para la prueba de ADN y certifico que la información proporcionada es correcta.	
Nombre Completo	

	Tipo de identificación <input type="text"/> No. de identificación <input type="text"/>
Firma	
Huella digital (Pulgar Derecho)	
¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 90 días? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido transplante de medula osea? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Me someto de manera voluntaria a la toma de muestra para la prueba de ADN y certifico que la información proporcionada es correcta.	
Nombre Completo	

	Tipo de identificación <input type="text"/> No. de identificación <input type="text"/>
Firma	
Huella digital (Pulgar Derecho)	
¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 90 días? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido transplante de medula osea? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Me someto de manera voluntaria a la toma de muestra para la prueba de ADN y certifico que la información proporcionada es correcta.	
Nombre Completo	

Nombre y firma de quien toma la muestra \_\_\_\_\_

Deseo recibir los datos personalmente ( ) correo electrónico ( ) y/o mensajería ( )