CONSENTIMIENTO PRUEBA DE ADN LABORATORIO DE PATERNIDAD

Código: TOM-FOR-S00-07
Versión: 06
Fecha de emisión: 2024-02-15

Sticker

Ciudad:_____ **Sede:**_____ **Fecha:** AAAA MM DD

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera clara y suficiente acerca del estudio y/o procedimiento a realizar. El informe de este resultado reportará el perfil genético de cada participante, los índices de paternidad y probabilidad de paternidad obtenida o en caso de exclusión de paternidad se informarán los sistemas genéticos que excluyen la relación biológica. El resultado se entregará a cada una de las partes involucradas, no se brindará información telefónica del resultado ni a una persona no autorizada. El resultado estará disponible en un tiempo máximo de ____ días calendario.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: La muestra de sangre consiste en la punción capilar, previa a un proceso de desinfección del área, con la que se obtendrán unas gotas de sangre que se impregnan sobre una tarjeta de papel tratado FTA.
El hisopado de mucosa oral consiste en recolectar células bucales y saliva de la mucosa oral mediante frotis con un hisopo estéril para impregnarla en tarjeta de papel tratado FTA.
RIESGOS: Para la muestra de sangre. En casos esporádicos se pueden presentar complicaciones como dolor leve y ardor, los cuales mejoran espontáneamente con medidas locales. El grado de molestia que pueda sentir dependerá de muchos factores, incluyendo la sensibilidad para el dolor. Para el hisopado de mucosa oral generalmente no presenta complicaciones.

AUTORIZACIÓN DE USUARIO/PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL
Declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, además del alcance y limitaciones de la prueba, incluyendo la posibilidad de no obtener el 99.9% de probabilidad de paternidad por no participación de la madre, o no obtener el 99.99% de probabilidad en casos de paternidad sin participación del presunto padre. Autorizo al Laboratorio Clínico COLCAN S.A.S. o IPS delegada, a tomar la muestra a las personas aquí relacionadas que se utilizará en el estudio de tipificación de ADN y su comparación para establecer filiación biológica. He sido informado que los documentos y los resultados serán custodiados durante quince (15) años y las muestras en tarjetas FTA™ durante diez (10) años por el Laboratorio Clínico **COLCAN S.A.S.** Autorizo al Laboratorio Clínico COLCAN S.A.S. para utilizar los resultados de los perfiles genéticos en estudios poblacionales y almacenarlos en bases de datos con ese fin, esto no involucra el uso de la muestra para otros fines diferentes al contratado. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

DATOS DEL HIJO			
Nombre(s) y apellidos:			Código interno
Tipo y número de Identificación:	Tipo:_____ Número:_____		
Residencia y contacto	Dirección:_____ Ciudad:_____ Celular:_____		
Firma hijo mayor de edad		Huella Índice Derecho hijo mayor de 7 años	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (sólo si el hijo es menor de edad)			
Nombre(s) y apellidos:			Código interno
Tipo y número de Identificación y contacto:	Tipo de documento:_____ Número:_____ Celular:_____		
Firma de Representante legal		Huella Índice Derecho Representante legal	

VIGILADO Supersalud

DATOS DEL PRESUNTO PADRE o de OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL? _____			
Nombre(s) y apellidos:			Código interno
Tipo y número de Identificación:	Tipo:_____ Número:_____		
Residencia y contacto	Dirección:_____ Ciudad:_____ Celular:_____		
Firma del presunto padre u otro		Huella Índice Derecho	
DATOS DE OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL? _____			
Nombre(s) y apellidos:			Código interno
Tipo y número de Identificación:	Tipo:_____ Número:_____		
Residencia y contacto	Dirección:_____ Ciudad:_____ Celular:_____		
Firma de otro participante		Huella Índice Derecho	
DATOS DE OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL? _____			
Nombre(s) y apellidos:			Código interno
Tipo y número de Identificación:	Tipo:_____ Número:_____		
Residencia y contacto	Dirección:_____ Ciudad:_____ Celular:_____		
Firma de otro participante		Huella Índice Derecho	

Esta autorización se usará según las finalidades informadas en la Autorización para el Tratamiento de Datos Personales, que entiendo se extiende si doy información de hijos menores de edad. En el caso de niños, niñas o adolescentes menores de edad, el firmante debidamente identificado autoriza la participación del menor en el estudio de filiación mediante marcadores genéticos. Si el laboratorio necesita usar mi información para ponerla al alcance de un tercero solicitará mi aprobación, en caso de requerimientos legales (autoridad competente), se me notificará que la información se entregó a la autoridad legal requerida, salvo que esté prohibido por la ley.

¿Alguno de los involucrados ha recibido transfusión de sangre en los últimos 10 días? Si __ No__ ¿Quién? _____
¿Alguno de los involucrados ha recibido trasplante de médula ósea? Si __ No __ ¿Quién? _____
¿Existe alguna relación biológica entre el presunto padre y la madre? Si __ No __ ¿Cuál? _____
¿El presunto padre tiene un hermano gemelo idéntico? Si __ No __

OBSERVACIONES, AUTORIZACIONES: _____

Nombre y apellido del responsable de la atención	**Documento o registro Profesional**

Sticker

VIGILADO Supersalud