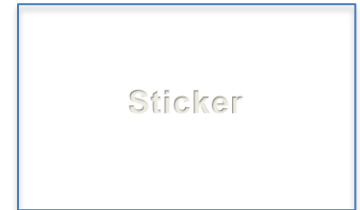


Ciudad: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Fecha: AAAA-MM-DD Hora: \_\_\_\_\_



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 resultado de esta prueba de ADN se entregará a cada una de las partes involucradas, no se brindará información telefónica del resultado ni a personas no autorizadas. **El resultado estará disponible en un tiempo máximo de \_\_\_\_ días calendario**

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** La muestra de sangre consiste en la punción capilar o en la punción venosa, previo proceso de desinfección del área, con la que se obtendrán unas gotas de sangre que se impregnan sobre una tarjeta de papel tratado FTA, o se realizará la extracción de la muestra necesaria para el estudio.  
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.

**BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS**

**2. BENEFICIOS:** 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.  
**3. ALTERNATIVAS:** No aplican.

**RIESGOS E IMPLICACIONES**

**4. 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.  
**5. IMPLICACIONES:** El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar reportes confiables, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos. **En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico.**

**AUTORIZACION DE PACIENTE Y/O 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. Por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento 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		Huella Índice Derecho mayor de 7 años	Código interno
Nombre(s) y apellidos del hijo:			
Tipo y número de documento:	Tipo*(señale con una X) CC_ TI_ RC_ Otro__ Número _____		
Residencia y contacto del hijo o su representante	Ciudad _____ Dirección _____ Celular _____		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (sólo si el hijo es menor de edad o con discapacidad)			
Nombre(s) y apellidos:			
Tipo y número de documento:	Tipo*(señale con una X) CC_ TI_ RC_ Otro__ Número _____		
Firma Hijo mayor de edad o representante legal		Huella Índice Derecho	

<b>DATOS DEL PRESUNTO PADRE o de OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL?</b>			Código interno
Nombre(s) y apellidos:			
Tipo y número de documento	Tipo*(señale con una X) CC_ TI_ RC_ Otro__ Número _____		
Residencia y contacto	Ciudad _____ Dirección _____ Celular _____		
Firma		Huella Índice Derecho	
<b>DATOS DE OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL?</b>			Código interno
Nombre(s) y apellidos:			
Tipo y número de documento	Tipo*(señale con una X) CC_ TI_ RC_ Otro__ Número _____		
Residencia y contacto	Ciudad _____ Dirección _____ Celular _____		
Firma		Huella Índice Derecho	
<b>DATOS DE OTRO PARTICIPANTE ¿CUÁL?</b>			Código interno
Nombre(s) y apellidos:			
Tipo y número de documento	Tipo*(señale con una X) CC_ TI_ RC_ Otro__ Número _____		
Residencia y contacto	Ciudad _____ Dirección _____ Celular _____		
Firma		Huella Índice Derecho	

\*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil

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 \_\_

**6. DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo).** Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

---



---

Firma Paciente/Representante/ Acudiente		Tipo y número de documento	
---	--	----------------------------	--

**OBSERVACIONES- AUTORIZACIONES**

---



---



---



---



---



---

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