

ENTREGA DEL KIT PARA TOMA DE MUESTRA NO IDENTIFICADAS		
Fecha	Sede	
Nombres y apellidos de la persona que recibe el kit	Tipo y N° documento de identidad	Firma de quién recibe

RECEPCIÓN DE MUESTRAS			
Ciudad	Sede	Fecha	Código (sticker-opcional)

Seleccione la opción según sea el caso:

___ PRUEBA DE ADN EN MUESTRA NO IDENTIFICADA	
He sido informado sobre la condición de que la obtención del resultado depende de la calidad de la muestra, con la posibilidad de no tener suficiente información genética para lograr un resultado concluyente. También que en el informe de la prueba la muestra no se identifica, únicamente con un Código interno, por lo que entiendo que este resultado no tiene validez probatoria para presentarse ante un Juzgado u otra autoridad.	
Cantidad de muestras de Mucosa Oral en tarjeta FTA™: _____	Cantidad de hisopos de muestra de Mucosa Oral: _____ Otra: ___ ¿Cuál?: _____
Sexo de la muestra no identificada: Muestra 1: Masculino ___ Femenino ___ Muestra 2: Masculino ___ Femenino ___	Lugar de nacimiento muestra no identificada: Muestra 1: _____ Muestra 2: _____

NOTA: La obtención del resultado depende de la calidad de la muestra tomada, en caso de requerir nueva toma de muestra el valor deberá ser asumido por el usuario.

___ PRUEBA DE ADN EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	
He sido informado sobre la posibilidad de obtener un perfil genético mezclado con información genética materna, caso en el cual no se informará la probabilidad de paternidad, únicamente la conclusión de exclusión o no exclusión de la paternidad, basada en la comparación de la información genética del hijo con la de la madre y la del presunto padre.	
Volumen de la muestra: _____	Aspecto: _____
Constancia o certificado de amniocentesis: Si ___ No ___	

OBSERVACIONES, AUTORIZACIONES

Responsable de la Entrega de la Muestra		
Nombres y apellidos		Tipo y número de documento
Dirección, ciudad	Teléfono	Firma
Responsable de la recepción de la muestra		
Nombres y apellidos		Tipo y número de documento