



Centro de Genética Punta Pacífica

Consultorios médicos Punta Pacífica
Piso 6° consultorio 620
Teléfono: (507) 204-8514 Fax: (507) 204-8513
Correo electrónico: cgenetica@hotmail.com

Fecha de recepción:	
Número de caso:	

Para uso del Laboratorio

DOCUMENTO DE TOMA DE MUESTRAS DE ADN PARA PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN HUMANA

*** En caso que se quiera conservar anonimato de los donantes de las muestras solo llenar los siguientes puntos: Grupo poblacional y transfusiones recientes.**

COMUNICACIÓN DE RESULTADO

Nombre o Razón social: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Fax: _____

Telefono: _____

DATOS DEL PRESUNTO PADRE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Grupo poblacional: _____

Transfusiones recientes Si No

Fecha de transfusión: _____

DATOS DEL HIJO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Grupo poblacional: _____

Transfusiones recientes Si No

Fecha de transfusión: _____



Consultorios médicos Punta Pacífica

Piso 6° consultorio 620

Teléfono: (507) 204-8514 Fax: (507) 204-8513

Correo electrónico: cgenetica@hotmail.com

DATOS DE LA MADRE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Grupo poblacional: _____

Transfusiones recientes Si ___ No ___

Fecha de transfusión: _____

* El abajo firmante, mayor de edad, autoriza al Centro de Genética Punta Pacífica, a realizar pruebas de Identificación Humana sobre las muestras biológicas entregadas pertenecientes a personas adultas y / o menores de edad.

Fecha y Firma: _____

Nota: El resultado del estudio no es válido en instancias legales; para más información contactar al laboratorio.