

Carta de Responsabilidad Solicitante/ Consentimiento Informado

CASO: GNA _____

CLAVE: _____

Fecha: ____/____/____

Legal

Particular

Autorizo bajo mi total responsabilidad la realización de un estudio genético por el RH+ POSITIVO, para la determinación de **ABUELIDAD**. Para tal fin, serán proporcionadas muestras con material biológico, tomadas e identificadas con el conocimiento y aceptación de las personas adultas involucradas y/o menores de edad en su representación.

Abuelo: _____ CI: _____ Edad: _____

Abuela: _____ CI: _____ Edad: _____

Madre: _____ CI: _____ Edad: _____

Presunto Nieto 1: _____ CI: _____ Edad: _____

Presunto Nieto 2: _____ CI: _____ Edad: _____

Datos personales. Indicar como desea recibir los resultados. Bajo ningún concepto la información de nuestros clientes será entregada a terceros sin la autorización de la persona que solicita la prueba de ADN.

Teléfono _____ Email _____

Teléfono _____ Email _____

Deseo recibir el resultado:

- Teléfono:
- Email/WhatsApp:
- Retiro personalmente

Completar sólo por las partes involucradas

Yo, firmo abajo y testifico que la información de identificación (Nombres, Apellidos y CI) y de contacto (Casillas de correos electrónicos y teléfonos) que aparecen en este formulario es correcta, se ajusta a los hechos y será el único medio de comunicación con el paciente a menos que se designe un tercero no involucrado en el requerimiento para el retiro del resultado.

Yo, firmo abajo certificando que he leído y estoy de acuerdo con los términos y condiciones impresos en este formulario. En caso de la participación de menores de edad, yo, firmo y soy el tutor legal.

Yo, firmo abajo manifestando mi total aceptación en la realización de estudios de ADN.

Firma _____
 Aclaración _____
 CI _____

1- Todos los datos proporcionados serán tratados con absoluta confidencialidad. La información de identificación. (Nombres, Apellidos y CI) y de contacto (Casillas de correos electrónicos y teléfonos) proporcionada por los requirentes debe ser revisada por ellos y en caso de detectarse algún error debe ser enmendado previa firma del documento. Posterior a este acto no se admitirán modificaciones.
 2- Las partes involucradas en representación de menores de edad DEBEN demostrar fehacientemente los derechos adquiridos con testimonio de Tutela, copia de sentencia o Certificado de nacimiento o de parto expedido por la autoridad judicial.
 3- El laboratorio podrá solicitar en algunos casos días adicionales para la entrega de reporte o solicitar nuevas muestras, incluso de terceros involucrados cuando los perfiles genéticos no son concluyentes, deficientes o contaminados, en caso de ser necesarias nuevas muestras de hisopado bucal, con costo adicional.- 4- El retiro personal del INFORME tendrá un plazo para ser retirado de 3 meses.
 Otros Costos Administrativos, autenticidad legal, traducciones, respuesta de oficios Judiciales y viáticos de personal, solicitados en forma posterior a la entrega del reporte, NO están contemplados Y SÓLO DEBE ABONARLO SI USTED LO REQUIERE. Valido solo dentro de la República del Paraguay.

Yo.....Afirmo por medio de la presente que he identificado a los involucrados apropiadamente. He tomado las muestras etiquetando el embalaje debidamente en presencia del cliente. Cada muestra está claramente marcada con el nombre de cada involucrado correspondiente, fecha de nacimiento, y fecha de toma de muestra. La muestra no ha sido alterada y no fue dejada sin atención. He sellado la muestra de manera segura para su envío. Firma del recolector:

.....