

## Carta de Responsabilidad Solicitante/ Consentimiento Informado

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Legal  Particular

CASO: **GNA** \_\_\_\_\_

CLAVE: \_\_\_\_\_

Autorizo bajo mi total responsabilidad la realización de un estudio genético por el laboratorio RH+ POSITIVO, para la determinación **AVUNCULAR (tío-sobrino)**. 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.

Presunto tío/tía: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Madre/Otro/a: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sobrino 1: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sobrino 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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 Aclaración \_\_\_\_\_  
 CI \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 Aclaración \_\_\_\_\_  
 CI \_\_\_\_\_

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.

.....