



Persona adicional*	Nombre completo: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Fecha de nacimiento: _____ ¿Ha recibido trasplante de médula ósea u otro órgano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispanoamericano (Mestizo Mexicano) <input type="checkbox"/> Europeoamericano <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiáticoamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
	<b>Información de la Muestra (Marcar sólo una opción)</b>	
	Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Hisopado bucal <input type="checkbox"/> FTA con sangre <input type="checkbox"/> FTA con hisopado bucal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Nombre y firma de quien realizó la toma: _____ Fecha y hora de la toma: _____	
	<b>Autorización</b>	
	Yo (nombre y apellidos) _____ autorizo la realización de la prueba solicitada anteriormente, confirmo que la información proporcionada es verídica y que la muestra fue debidamente identificada. Firma de autorización: _____	
	<b>*DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN CASO DE MENORES DE EDAD</b> Yo _____ confirmo que la información proporcionada es verídica, autorizo la toma de muestra y la realización del estudio solicitado a: _____ Firma de autorización: _____ Fecha: _____	
	Persona adicional*	Nombre completo: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento: _____ ¿Ha recibido trasplante de médula ósea u otro órgano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispanoamericano (Mestizo Mexicano) <input type="checkbox"/> Europeoamericano <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiáticoamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____		
<b>Información de la Muestra (Marcar sólo una opción)</b>		
Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Hisopado bucal <input type="checkbox"/> FTA con sangre <input type="checkbox"/> FTA con hisopado bucal <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre y firma de quien realizó la toma: _____ Fecha y hora de la toma: _____		
<b>Autorización</b>		
Yo (nombre y apellidos) _____ autorizo la realización de la prueba solicitada anteriormente, confirmo que la información proporcionada es verídica y que la muestra fue debidamente identificada. Firma de autorización: _____		
<b>*DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN CASO DE MENORES DE EDAD</b> Yo _____ confirmo que la información proporcionada es verídica, autorizo la toma de muestra y la realización del estudio solicitado a: _____ Firma de autorización: _____ Fecha: _____		
<b>Información de contacto del solicitante:</b>		
Nombre del cliente o Laboratorio: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Tel: _____		
Correo electrónico: _____ Entrega de resultados: <input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Por correo electrónico Fecha de entrega de resultados: _____		
<b>PARA USO OFICIAL</b>		
<b>Recepción</b>	<b>LDG</b>	
Nombre de quien recibe: _____	Nombre de quien recibe: _____	
Fecha y hora: _____	Fecha y hora: _____	
Cantidad recibida: _____	Cantidad recibida: _____	
Observaciones: _____		

Las muestras serán resguardadas por el Laboratorio de Diagnóstico Genómico del INMEGEN, por si se requieren para pruebas adicionales en el futuro, y solo tendrá acceso a ellas el dueño de la muestra debiendo acreditar su identidad previamente. La veracidad de la información contenida en este documento es responsabilidad de la persona que firma la autorización para el estudio de cada individuo.