

  	Solicitud de Filiación	DO-LA.02 Rev. 02
GESTIÓN DE LA CALIDAD		Página 1 de 2

Estudio solicitado: _____ # Caso: _____

Por favor, escribir **en forma clara**, y completar **todos los campos**. Escriba “N/A” si no aplica.

PARTICIPANTE/TESTIGO 1 Parentesco/relación:		Código:
Nombre y apellido:		Fecha de nacimiento:
Documento de identidad:	Tipo de documento:	Sexo biológico:
Domicilio:		
e-mail:		Tel./Cel.:
Origen étnico:		Tipo de muestra:
Historia clínica: ¿Ha recibido una transfusión de sangre dentro de los últimos 3 meses?		☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez se ha realizado un transplante de médula ósea?		☐ Sí ☐ No
Hallazgos: En caso de haber, ¿desea enterarse de hallazgos secundarios/incidentales al estudio?		☐ Sí ☐ No
Certifico que he leído y acepto los términos y condiciones proporcionados en este formulario.		
Firma:		Fecha (día/mes/año):
PARTICIPANTE/TESTIGO 2 Parentesco/relación:		Código:
Nombre y apellido:		Fecha de nacimiento:
Documento de identidad:	Tipo de documento:	Sexo biológico:
Domicilio:		
e-mail:		Tel./Cel.:
Origen étnico:		Tipo de muestra:
Historia clínica: ¿Ha recibido una transfusión de sangre dentro de los últimos 3 meses?		☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez se ha realizado un transplante de médula ósea?		☐ Sí ☐ No
Hallazgos: En caso de haber, ¿desea enterarse de hallazgos secundarios/incidentales al estudio?		☐ Sí ☐ No
Certifico que he leído y acepto los términos y condiciones proporcionados en este formulario.		
Firma:		Fecha (día/mes/año):
PARTICIPANTE/TESTIGO 3 Parentesco/relación:		Código:
Nombre y apellido:		Fecha de nacimiento:
Documento de identidad:	Tipo de documento:	Sexo biológico:
Domicilio:		
e-mail:		Tel./Cel.:
Origen étnico:		Tipo de muestra:
Historia clínica: ¿Ha recibido una transfusión de sangre dentro de los últimos 3 meses?		☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez se ha realizado un transplante de médula ósea?		☐ Sí ☐ No
Hallazgos: En caso de haber, ¿desea enterarse de hallazgos secundarios/incidentales al estudio?		☐ Sí ☐ No
Certifico que he leído y acepto los términos y condiciones proporcionados en este formulario.		
Firma:		Fecha (día/mes/año):

Declaración del extraccionista

*Certifico que he identificado debidamente a las partes, he tomado y acondicionado las muestras debidamente, y he sido testigo de las firmas.
Afirmo, bajo pena de perjurio, que no hubo manipulación de las muestras mientras estuvo bajo mi control.*

Nombre y apellido del extraccionista:

Documento de identidad del extraccionista:

Firma del extraccionista:

Datos del centro de extracción

Centro:

Dirección:

Estado/País/Código postal:

Tel.:

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL DORSO →

Consentimiento informado

Al firmar este formulario, entiendo, consiento y acepto lo siguiente:

  	Solicitud de Filiación	DO-LA.02 Rev. 02
GESTIÓN DE LA CALIDAD		Página 2 de 2

- La realización del estudio en sí no representa un riesgo para mi salud. Sin embargo, en caso de extraerse muestras de sangre, existe la posibilidad de sufrir un leve dolor a consecuencia de la punción, pudiendo generar un hematoma.
- Verifico que toda la información personal y médica proporcionada es verídica y fiable.
- Si esta prueba involucra a una persona que es menor de edad o que es legalmente incapaz de dar su consentimiento, doy fe de que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para la prueba y asumir toda la responsabilidad legal.
- Autorizo a **Biogenómica**, o sus agentes, a recolectar muestras biológicas y realizar pruebas de ADN solicitadas con mi muestra o la del menor o de los individuos incapacitados nombrados en este formulario.
- Fui testigo del etiquetado de mi nombre y/o el nombre de la persona que estoy dando mi consentimiento en la muestra.
- Reconozco y entiendo que, si por alguna razón la muestra biológica es inadecuada para la evaluación, **Biogenómica** o las entidades recolectoras de muestras no serán responsables si no pueden producir resultados debido a una muestra insuficiente, o debido a la naturaleza o condición de la muestra, y que **Biogenómica** puede solicitar muestras adicionales.
- Entiendo que, para asegurar pruebas de la más alta calidad, **Biogenómica** se reserva el derecho de realizar más pruebas para satisfacer estrictas normas y pautas de laboratorio. Si este proceso retrasa la presentación de informes de resultados, no responsabilizaré a **Biogenómica** ni a las entidades que recolectan muestras por ningún reembolso o daños.
- Entiendo que las pruebas de ADN a realizarse involucran técnicas que pueden arribar a hallazgos incidentales secundarios sobre algunas condiciones médicas o genéticas no específicamente solicitadas en este estudio, de lo cual he expresado, en el formulario anterior, mi acuerdo de ser o no ser informado al respecto.
- Entiendo que las muestras biológicas se utilizarán para pruebas genéticas y otorgo a **Biogenómica** el permiso para almacenarlas para pruebas futuras, o descartarlas una vez emitido el informe, a su conveniencia, a menos que se haya acordado lo contrario por escrito.
- Doy mi consentimiento para que la información obtenida del estudio genético pueda usarse por parte de **Biogenómica** para propósitos de auditoría, control interno, estudios de calidad e investigación, siempre teniendo en cuenta que dicha información será anónima, inidentificable, y que toda mi información personal será eliminada de cualquier informe o publicación. Entiendo que la utilización de dichos resultados para los fines mencionados no me confiere ningún tipo de beneficio o riesgo.
- Comprendo mi derecho de revocar este consentimiento durante cualquier etapa del procedimiento sin necesidad de brindar una justificación.

Uso exclusivo para Biogenómica	
Recibí las muestras de las personas nombradas en este formulario y no encontré evidencia de que las muestras hayan sido manipuladas o de que el paquete se haya abierto antes de nuestra recepción.	
Paquete recibido sellado y seguro:	☐ Sí ☐ No
Nombre del receptor:	
Firma del receptor:	Fecha (día/mes/año):
Comentarios:	