

FORMULARIO DE SOLICITUD

INVESTIGACION BIOLÓGICA DE PARENTESCO

PATERNIDAD
MATERNIDAD
OTROS (especificar)

Lea atentamente este documento. Si entiende y acepta las condiciones, fírmelo

FAMILIA Nº LAB

Los abajo firmantes:

1. SOLICITAN la investigación de parentesco

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE
APELLIDOS
DNI TELEFONO
DIRECCION
CIUDAD
PROVINCIA CP

Nº lab

Muestra:

Saliva Sangre Otras

MADRE/OTRO PARTICIPANTE (especificar)

NOMBRE
APELLIDOS
DNI TELEFONO
DIRECCION
CIUDAD
PROVINCIA CP

Nº lab

Muestra:

Saliva Sangre Otras

2. Mediante el presente documento dan el CONSENTIMIENTO para la extracción de su muestra y la de su hijo/a(s)

Nombre
DNI

Nº lab

Muestra:

Saliva Sangre Otras

Nombre
DNI

Nº lab

Muestra:

Saliva Sangre Otras

Nombre
DNI

Nº lab

Muestra:

Saliva Sangre Otras

3. **Autorizan** la utilización de los datos genéticos que de la muestra aportada se obtengan para realizar el estudio de filiación correspondiente. La autorización de las personas menores de edad deberán realizarla sus padres o tutores.
4. **Autorizan** la utilización de los datos genéticos para la realización de estudios poblacionales
5. **Manifiestan conocer la eficacia técnica** de la prueba en el momento actual
6. **Manifiestan conocer la posible trascendencia jurídica** del resultado de dicha prueba.
7. **Manifiestan conocer que el resultado de la prueba será resumido en un informe escrito** al que solamente tendrán acceso el/los solicitantes ó sus representantes legales y que no será remitido vía fax ni correo electrónico. Así mismo los resultados NUNCA se darán telefónicamente.
8. **Manifiestan conocer el costo económico** de las pruebas biológicas de paternidad, que no incluyen el peritaje judicial si fuese necesario.

....., adede 20.....

Firmado:

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos

Adjuntar fotocopia del DNI de los solicitantes, del libro de familia y foto de los participantes menores de edad en caso de que se desee validez judicial.

DATOS FAMILIARES	Antecedentes Patológicos:
ETNIA PATERNA	Haga constar si alguno de los participantes en la prueba ha sufrido transfusión de sangre reciente o ha sido intervenido de trasplante de órganos.
ETNIA MATERNA	
ETNIA FAMILIARES	
OBSERVACIONES	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ENVIO DE INFORMES A:	Nº copias
SOLICITANTE (O REPRESENTANTE LEGAL) <input type="checkbox"/> DIRECCION (si es distinta a la del solicitante)
LABORATORIO <input type="checkbox"/>
Firma solicitante	

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LOS SOLICITANTES

Trascendencia de las pruebas:
 Antes de solicitar un estudio de paternidad u otro tipo de estudio de identificación debe tener muy claro el uso posterior del informe de resultados resumiendo en dos opciones su elección:

- Desea una **prueba informativa** : no es necesario la identificación de los participantes. El informe emitido tiene validez técnica pero no tendrá valor probatorio ante los tribunales. Si la muestra es aportada por el solicitante, este responde personalmente del origen de la misma y asume toda la responsabilidad que pudiera derivarse de la realización de esta prueba.
- Desea una **prueba con validez judicial**: las muestras deben estar **indubitadas** por lo que es imprescindible que sean tomadas por profesionales que acrediten las identidades de los participantes, mediante documento público identificativo y aseguren la **cadena custodia** de las mismas. No se admitirán como indubitadas aquellas muestras que no cumplan estos requisitos. Es probable que en acciones de tipo civil ante la Administración de Justicia sea requerida la participación como perito del profesional firmante de la prueba. Este Centro se reserva el derecho de aceptar esta participación en función de la observación de los solicitantes de las premisas anteriores. Los gastos ocasionados por este peritaje no están incluidos en el precio del análisis y deben ser abonados con antelación a la cita judicial.

Forma de pago
 El precio de la prueba depende del análisis solicitado y del número de personas que participan en la misma. Confirme el precio antes de iniciar la prueba. El pago debe hacerse **en efectivo** en el laboratorio donde se extraen las muestras, al menos el 50% cuando se solicite y el resto a la entrega del informe de resultados. Este informe será recogido en el laboratorio de procedencia o, en casos donde la totalidad de la prueba este abonada, puede enviarse por correo certificado a la dirección reseñada por el/los solicitantes.

NO SE INICIARA EL ANÁLISIS SIN EL PAGO ANTICIPADO DEL 50% NI SE ENTREGARA EL INFORME DE RESULTADOS SIN EL PAGO PREVIO DE LA TOTALIDAD DE LA PRUEBA.

Consideraciones acerca del Centro

- **CENTRO ACREDITADO** por ENAC según la norma **UNE-EN ISO/IEC 17025 “Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración”**. El Centro de Análisis Genéticos realiza análisis de STRs de ADN nuclear mediante amplificación por PCR y detección por electroforesis capilar y comparación de perfiles genéticos en pruebas de investigación biológica de paternidad/maternidad
- Los marcadores genéticos utilizados en los estudio son los recomendados por la STADNAP (Standardization of DNA Profiling Techniques in the European Union) y la ISFG (Sociedad Internacional de Genética Forense).
- Los datos personales proporcionados en la solicitud no serán incorporados a ficheros automatizados. Por razones contractuales serán conservados en este documento original cuya única finalidad es la realización de la prueba solicitada. Estos datos serán tratados de manera absolutamente confidencial y bajo secreto profesional. El Centro de Análisis Genéticos cumple con los requisitos vigentes en materia de protección de los datos de carácter personal guardando las adecuadas medidas de seguridad tanto técnicas como organizativas.

CADENA CUSTODIA DE LA/S MUESTRA/S	
TOMA DE MUESTRA REALIZADA POR.....	
Tipo de muestra.....	FECHA..... /..... /.....
Envasadas y etiquetadas por.....	Fecha de envío..... /..... /.....
Condiciones de almacenaje hasta su envío.....	
Empresa de transporte.....	Condiciones de envío.....
Firma:	

A rellenar por el laboratorio/profesional sanitario colaborador que realiza la toma y envío de las muestras al Centro

RECEPCION DE LAS MUESTRAS EN CAGT	
RECEPCION REALIZADA POR.....	
FECHA...../...../.....OBSERVACIONES.....	
Firma:	

A rellenar por el personal de CITOGEN, S.L. (Centro de Análisis Genéticos)