

**SOLICITUD DE ANÁLISIS GENÉTICO-FORENSE – Prueba de paternidad/Filiación**

DIRECCIÓN DE ENVIO	A/A Dr. Fondevila Grupo de GENOMAS y ENFERMEDAD – P2L9 Edificio CIMUS – Centro de Investigación en Enfermedades Crónicas Universidade de Santiago de Compostela, USC Avenida de Barcelona s/n 15706 Santiago de Compostela, España
TELÉFONO	881815381 - 659027252
E-MAIL	mfondevila@genome4care-com

**Datos de las personas incluidas en el estudio**

**Individuo 1**

Nombre: .....

DNI:.....

**Individuo 2**

Nombre: .....

DNI:.....

**Individuo 3**

Nombre: .....

DNI:.....

**Individuo 4**

Nombre: .....

DNI:.....

**Individuo 5**

Nombre: .....

DNI:.....

Teléfono de contacto:

Juzgado: .....

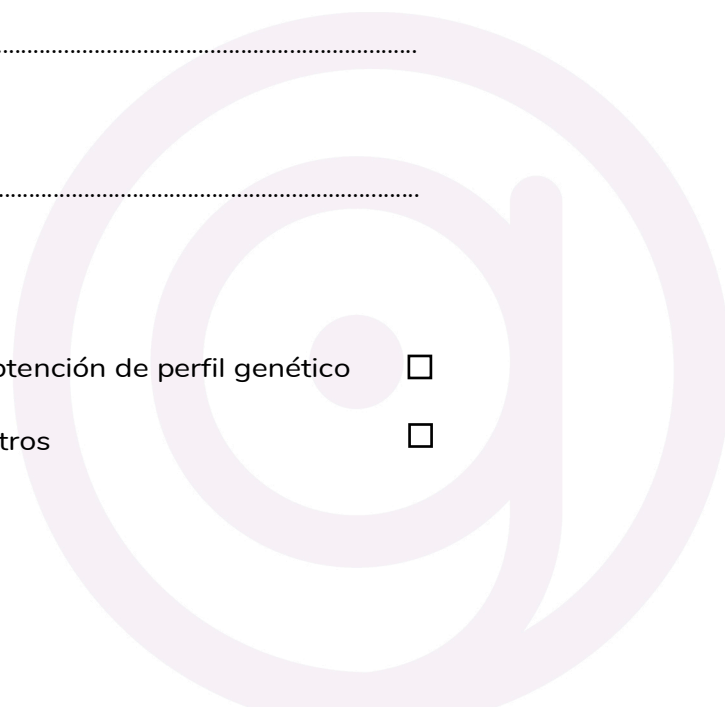
**ESTUDIO SOLICITADO**

Paternidad simple

Obtención de perfil genético

Parentesco

Otros



**DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA REMITIDA**

**Individuo 1:**

Mancha de sangre	<input type="checkbox"/>	Hisopo bucal	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sangre extraída por punción	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>	.....	
Mancha de saliva	<input type="checkbox"/>	Mancha sobre tela	<input type="checkbox"/>	.....	

**Individuo 2:**

Mancha de sangre	<input type="checkbox"/>	Hisopo bucal	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sangre extraída por punción	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>	.....	
Mancha de saliva	<input type="checkbox"/>	Mancha sobre tela	<input type="checkbox"/>	.....	

**Individuo 3:**

Mancha de sangre	<input type="checkbox"/>	Hisopo bucal	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sangre extraída por punción	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>	.....	
Mancha de saliva	<input type="checkbox"/>	Mancha sobre tela	<input type="checkbox"/>	.....	

**Individuo 4:**

Mancha de sangre	<input type="checkbox"/>	Hisopo bucal	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sangre extraída por punción	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>	.....	
Mancha de saliva	<input type="checkbox"/>	Mancha sobre tela	<input type="checkbox"/>	.....	

**Individuo 5:**

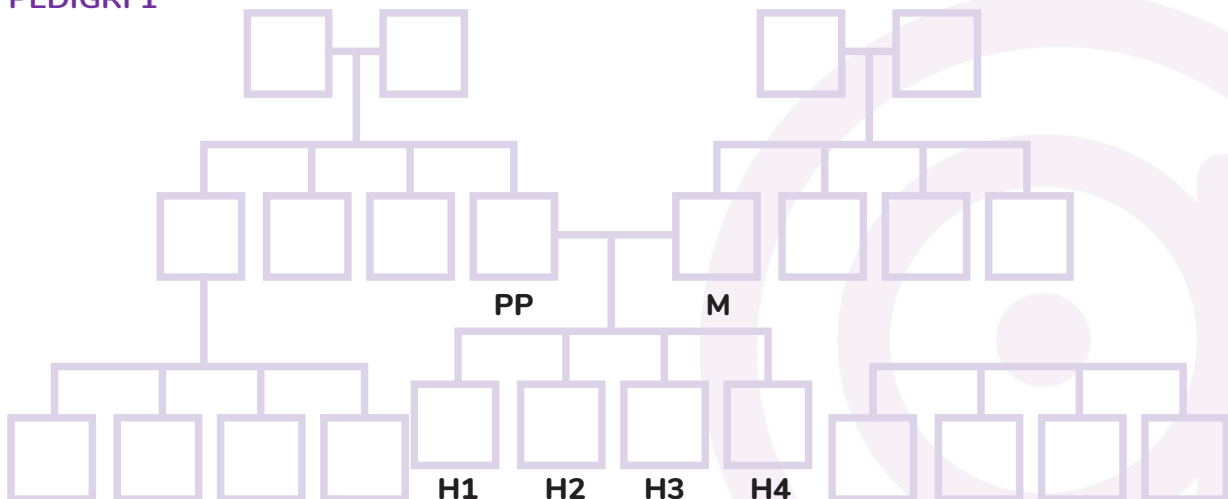
Mancha de sangre	<input type="checkbox"/>	Hisopo bucal	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Sangre extraída por punción	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>	.....	
Mancha de saliva	<input type="checkbox"/>	Mancha sobre tela	<input type="checkbox"/>	.....	

**PRESUNTA RELACIÓN FAMILIAR ENTRE LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO**

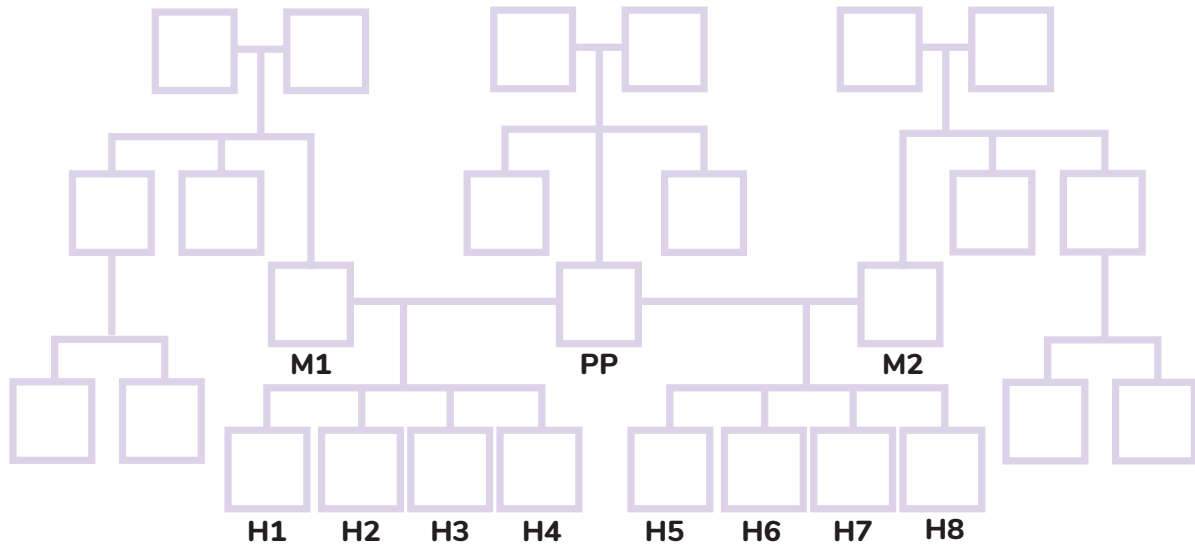
Escriba el número de cada individuo en la posición correspondiente de uno de los pedigrís propuestos.

Clave: PP – presunto padre; M – Madre; H – Hijo/a

**PEDIGRÍ 1**



## PEDIGRÍ 2



### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS (SI PROCEDE)

**Individuo 1:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 2:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 3:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 4:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

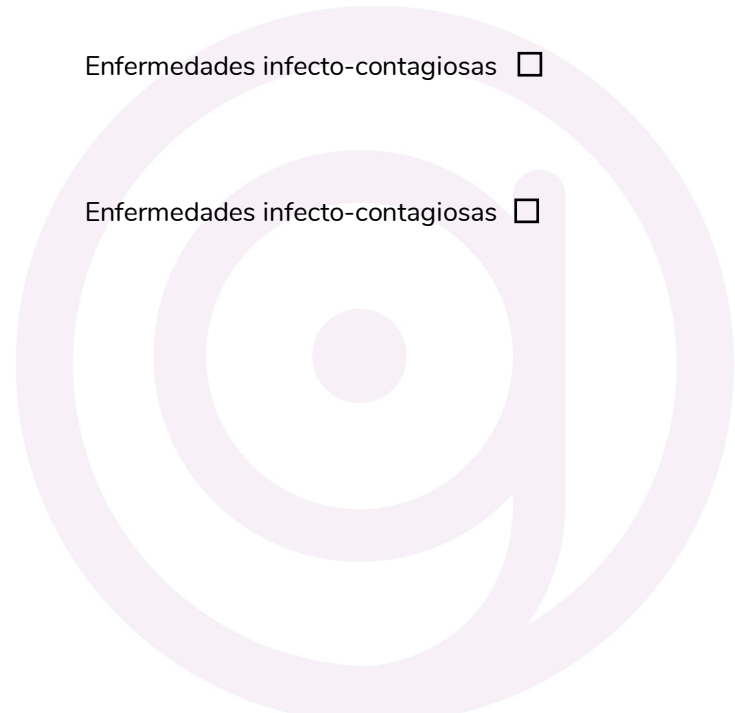
Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 5:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea   
Marque las opciones que procedan

Enfermedades infecto-contagiosas

Otros datos que se consideren de interés:



**CADENA DE CUSTODIA**

La toma de muestras se realizó el día .....de.....de  
.....

Fecha de remisión de muestras al laboratorio: .....de.....de  
.....

Condiciones de almacenamiento hasta su envío (si procede):  
.....

Transporte efectuado por:  
.....

Solicito que, después de concluir este estudio, remitan directamente el correspondiente informe a:

Nombre:  
.....

Calle: ..... N°..... Piso.....  
CP.....

Población ..... Provincia  
.....

País .....

Con copia adicional a:

Nombre:  
.....

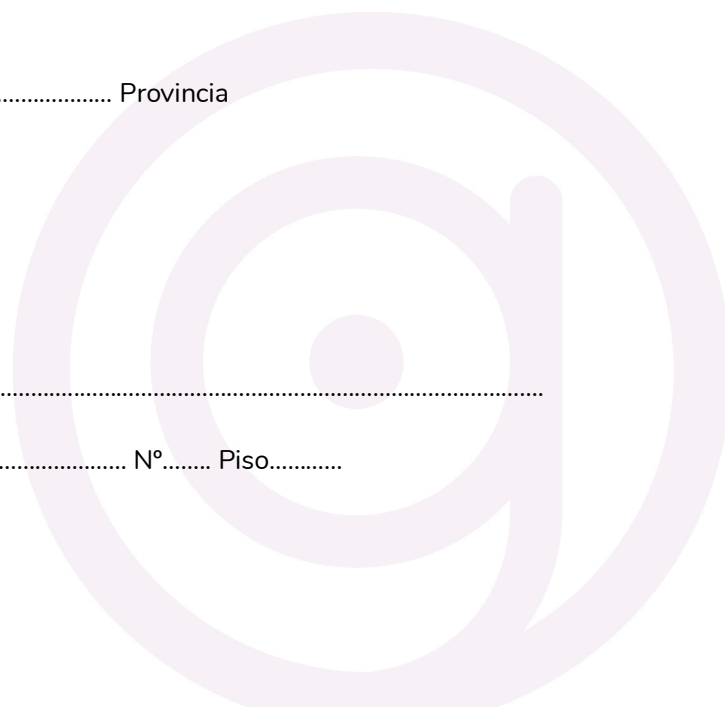
Calle: ..... N°..... Piso.....  
CP.....

Población ..... Provincia  
.....

País .....

Nombre:  
.....

Calle: ..... N°..... Piso.....



CP.....

Población ..... Provincia  
.....

País .....

Nombre:

.....

Calle: ..... N°..... Piso.....  
CP.....

Población ..... Provincia  
.....

País .....

A fin de proceder a la prueba genético-forense solicitada, lean atentamente este documento y seleccionen la opción que deseen que se lleve a cabo para su muestra de ADN. Cada participante en el estudio solicitado deberá leer con atención este documento y remitir a nuestras dependencias una copia individual firmada.

Yo, ....., con DNI ..... acepto someterme al análisis genético forense solicitado y declaro que toda la información suministrada a Genome4Care es verídica.

La muestra biológica remitida a Genome4care ha sido tomada con mi consentimiento para la realización de la prueba genético-forense solicitada, asimismo, declaro que la muestra etiquetada con mi nombre corresponde a mi persona.

Las muestras de ADN recibidas, así como todo dato genético y documental correspondiente a las pruebas realizadas por Genome4Care serán almacenados de forma segura y de forma anonimizada mediante un código alfanumérico asociado a cada caso.

Las muestras de ADN correspondientes a las pruebas realizadas por Genome4Care, así como los datos de genotipado de marcadores de ADN obtenidos para la prueba genético-forense, constituyen un recurso valioso para nuestra labor científica e investigadora. Las muestras de ADN y datos empleados de esta forma serán siempre utilizados de forma completamente anónima. Sin embargo, sólo serán

usados para propósitos científicos únicamente si el/la donante da su permiso expreso para que su muestra y datos sean tratados de este modo.

Seleccione la opción que desee para el tratamiento de su muestra de ADN y datos de genotipado:

Doy mi consentimiento a Genome4Care para que mi muestra de ADN y datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo de forma completamente anónima.

Doy mi consentimiento a Genome4Care para que mis datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo de forma completamente anónima. Sin embargo, no doy mi consentimiento para que mi muestra de ADN sea utilizada de este modo, únicamente los datos generados durante la prueba genético-forense solicitada.

**No** doy mi consentimiento para que Genome4care para que mi muestra de ADN y datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo.

Para que así conste, firma el presente documento:

Nombre:

A ..... De .....de....., en .....

Como tutor/a legal de la persona declarante, firma el presente documento:

Nombre:

A ..... De .....de....., en .....

