

CÓDIGO LABORATORIO EXTRACCIÓN	FECHA Y HORA EXTRACCIÓN	CÓDIGO GENOMAX	FECHA Y HORA DE RECEPCION DE LA MUESTRA
-------------------------------	-------------------------	----------------	---

(A cumplimentar por laboratorio)

(A cumplimentar por GENOMAX Iberplus)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NIF/CIF
DOMICILIO		POBLACIÓN	PROVINCIA
C.P.	TELÉFONO	FAX	E-MAIL

DONANTE 1

NOMBRE		APELLIDOS		DNI/PASAPORTE
DOMICILIO			POBLACIÓN	PROVINCIA
C.P.	TELÉFONO	E-MAIL		PARENTESCO

DONANTE 2

NOMBRE		APELLIDOS		DNI/PASAPORTE
DOMICILIO			POBLACIÓN	PROVINCIA
C.P.	TELÉFONO	E-MAIL		PARENTESCO

CONDICIONES PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS GENÉTICO

TIPO DE MUESTRA: Muestra epitelial de las glándulas salivales

CADENA DE CUSTODIA: El Centro Solicitante debe garantizar que la muestra enviada se corresponde con los datos del paciente identificado en esta petición, siendo garante de la cadena de custodia de las muestras.

Documentación para la realización de estudios de huella genética

La documentación necesaria para la realización de un estudio de huella genética, y que deben aportar todas las personas implicadas en el mismo, es la siguiente:

- Mayores de edad: fotografía actual tamaño carnet, fotocopia del D.N.I.
- Menores de edad: fotografía actual tamaño carnet, fotocopia del D.N.I. (si tuviera), fotocopia del DNI del padre/madre que solicite el estudio, fotocopia del libro de familia o de la partida de nacimiento.

Dicha documentación debe ser facilitada el día de la recogida de muestras, siendo imprescindible para proceder a la extracción de las mismas.

Pago Mediante Transferencia Bancaria Nº de cuenta 2100-3409-71-2200058439

Pago mediante Talón

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ANÁLISIS DE ADN

1. Yo, como donante, o en su defecto, como persona legalmente responsable, doy mi consentimiento para la obtención de mi huella de ADN.
2. Comprendo que se obtendrá una muestra de mi ADN, que ésta será utilizada para determinar la relación biológica de parentesco expresada en la solicitud de análisis que acompaña este impreso y que el ADN restante será almacenado en el laboratorio Autorizado.
3. Comprendo que los resultados de este análisis pueden o no, proporcionar evidencias concluyentes de mi relación en caso de parentesco con otras personas, y que los resultados están expresados en términos de probabilidad, siendo ésta siempre inferior al 100%.
4. Comprendo que el plazo de entrega de resultados previsto no está garantizado, y que en algunos casos los resultados de la prueba pueden demorarse por razones ajenas a Genomax. En estos casos se podrán requerir nuevas muestras del donante por teléfono, e-mail o fax sin coste adicional para el solicitante.
5. Comprendo que los resultados obtenidos son exclusivamente para mi información personal, a no ser que el proceso de toma de muestra y transporte se haya realizado bajo garantías de cadena de custodia, en cuyo caso tendrán validez judicial.
6. Comprendo que los datos de carácter personal se incluirán en un archivo bajo la responsabilidad del laboratorio Autorizado. La finalidad de este archivo es únicamente la de facilitar la gestión de las muestras implicadas en el caso, así como la gestión administrativa del mismo. De conformidad con la legislación vigente las personas reseñadas tendrán derecho de acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales mediante solicitud por escrito debidamente identificada al laboratorio Autorizado.
7. Por el presente exonero al laboratorio Autorizado y a sus representantes, de toda responsabilidad y de todos los efectos y acciones legales que los resultados del análisis puedan tener sobre cualquier persona.

Con mi firma presto el consentimiento para la realización del test de ADN y afirmo que toda la información suministrada es correcta.

En _____, a ____ de _____ de 200__

NOMBRE Y FIRMA: _____

NOMBRE Y FIRMA: _____

DONANTE O RESPONSABLE LEGAL DEL DONANTE

RESPONSABLE DEL CASO

GENOMAX Iberplus, S. L

Casp 31, 4º, 1ª | 08010 Barcelona [España] [T] +34 902 026 591 [F] +34 902 026 592 | info@genomax.es |

www.genomax.es