

AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DE PATERNIDAD

N° de Folio: _____

Datos de Identificación.

Datos de la Madre.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Nacionalidad: _____ Folio credencial para votar o pasaporte: _____

Raza: Caucásico Hispano-Latino Indígena Mestizo
 Asiático Negro Otro

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ()SI ()NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ()SI ()NO

Tipo de Muestra: Sangre Exudado bucal Otro Especificar _____

Datos del Hijo.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Nacionalidad: _____ Folio acta de nacimiento: _____

Raza: Caucásico Hispano-Latino Indígena Mestizo
 Asiático Negro Otro

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ()SI ()NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ()SI ()NO

Tipo de Muestra: Sangre Exudado bucal Otro Especificar _____

Datos del supuesto Padre.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Nacionalidad: _____ Folio credencial de elector: _____

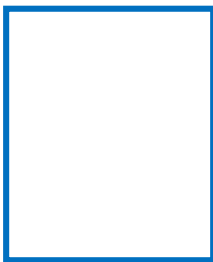
Raza: Caucásico Hispano-Latino Indígena Mestizo
 Asiático Negro Otro

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ()SI ()NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ()SI ()NO

Tipo de Muestra: Sangre Exudado bucal Otro Especificar _____

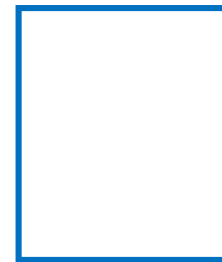
**FOTOGRAFIA
DE LA MADRE**



**FOTOGRAFIA
DEL HIJO**



**FOTOGRAFIA
DEL SUPUESTO PADRE**



Acepto someterme a la toma de muestra para el estudio de paternidad

Acepto someterme a la toma de para el estudio de paternidad

Nombre de la madre: _____ Nombre del supuesto padre: _____

Firma de la madre: _____ Firma del supuesto padre: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Nº de registro: _____ Nº de registro: _____

Huella de la madre

Huella del hijo

Huella supuesto padre

Certifico que tomé e identifiqué las muestras biológicas de las personas que se indican en este documento

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Dirección en donde se tomaron las muestras: _____
