



SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CIA S.A.S

Código: SMYT-0001
Emisión: 2005/07/01- JJY
Aprobado: JJY
Versión: 5.0



REGISTRO DE ESTUDIOS DE FILIACIÓN Y GENÉTICA FORENSE
CADENA DE CUSTODIA

Fecha: _____ Caso No. _____

Procedencia: _____

Presunto padre: _____

ID No.: _____ De: _____ Grupo étnico: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Hijo(a): _____

ID No.: _____ De: _____ Grupo étnico: _____

Madre: _____

ID No.: _____ De: _____ Grupo étnico: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Otro: _____

ID No.: _____ De: _____ Grupo étnico: _____

PRESUNTO PADRE

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	-------	--------	---------

HIJO(A)

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	-------	--------	---------

MADRE

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	-------	--------	---------

OTRO

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	-------	--------	---------

HUELLA DACTILAR

Ha recibido alguna de las personas una transfusión en los últimos 3 meses? _____

Ha tenido algún trasplante de medula ósea? _____

En caso de ser afirmativo especifique el nombre y proceda a tomar muestras de células bucales _____

Av. Carrera 24 No. 42-24 Cons. 102 – PBX: 232 96 22 – Fax 288 98 27 – Bogotá D.C. – Colombia

www.yunis.co – email: secretaria@yunis.co – contacto@yunis.co

Certifico que he sido informado de los estudios de paternidad y/o maternidad y/o identificación que se realizaran en **SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CÍA SAS.** y autorizo la toma de las muestras necesarias para la práctica de los estudios.

Adicionalmente autorizo la utilización de mi muestra para realizar estudios poblacionales siempre y cuando se mantengan de forma anónima mis datos personales (Marque la casilla).

C.C No. SI NO

C.C No. SI NO

C.C No. SI NO

C.C No. SI NO

IDENTIFICACION VERIFICADA POR

TOMA DE MUESTRAS POR

Yo: _____ IDENTIFICADO CON LA C.C. No. _____
Funcionario de _____ Certifico que empaqué personalmente las muestras de las personas mencionadas anteriormente. La caja fue empacada, sellada y contiene nuestros sellos iniciales.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Etiquetas Pacientes:

Transporte (recepción y envío de las muestras)

Las muestras fueron recogidas por: _____ identificado con la C.C. No. _____, empleado de la Empresa: _____
Ciudad: _____ Fechas: _____ Hora: _____
No. De guía _____

Entrega:

Funcionario que realizo la entrega: _____ identificado con la C.C. No. _____, empleado de la Empresa: _____
Fecha: _____ Hora: _____

Servicios Médicos Yunis Turbay y Cía SAS.

Muestras recibidas: _____

Yo: _____ Identificado con la C.C. No. _____
funcionario de Servicios Médicos Yunis Turbay Cia SAS. recibí el paquete de la compañía transportadora

Número Guía: _____

Los sellos y cintas de la caja se encontraban intactos, _____ no intactos, _____.

Firma: _____ Fecha _____ Hora _____