



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: _____

HUELLA DACTILAR

PULGAR	INDICE	PRESUNTO PADRE MEDIO MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	----------------------------------	--------	---------

PULGAR	INDICE	HIJO(A) MEDIO MEDIO	ANULAR ANULAR	MEÑIQUE
--------	--------	---------------------------	------------------	---------

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

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

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 _____

Calle 86B No.49D-28 Piso 4 – PBX: 232 96 22 – 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 realizarán 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 Cía 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 _____