

Entidad: _____ Fecha: _____

Ciudad de Procedencia: _____

ADN mitocondrial ☐ Cromosoma X ☐ Cromosoma Y ☐
Citocromo B ☐ STR autosómico ☐

Caso N.º

Usuario 1: _____ Parentesco: _____

Identificación: _____ de _____ Tipo de muestra _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Usuario 2: _____ Parentesco: _____

Identificación: _____ de _____ Tipo de muestra _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Usuario 3: _____ Parentesco: _____

Identificación: _____ de _____ Tipo de muestra _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

Usuario 4: _____ Parentesco: _____

Identificación: _____ de _____ Tipo de muestra _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo: _____

HUELLAS DACTILARES

Usuario 1

PULGAR

INDICE

MEDIO

ANULAR

MEÑIQUE

Usuario 2

PULGAR

INDICE

MEDIO

ANULAR

MEÑIQUE

Usuario 3

PULGAR

INDICE

MEDIO

ANULAR

MEÑIQUE

Usuario 4

PULGAR

INDICE

MEDIO

ANULAR

MEÑIQUE

¿Alguna de las personas ha recibido una transfusión en los últimos tres meses? SI ☐ NO ☐

¿Alguna de las personas ha tenido un trasplante de médula ósea? SI ☐ NO ☐

En caso de ser afirmativo, especifique el usuario _____ y proceda a tomar muestras de células bucales.

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 S.A.S., y autorizo la toma de las muestras necesarias para la práctica de los estudios. La Entidad mantendrá la confidencialidad de toda la información del estudio de paternidad, maternidad o filiación que haya sido solicitado y solamente las partes que participen podrán tener acceso a dicha información, salvo que exista una petición judicial donde se solicite la remisión de información, lo cual se le informará al número de contacto o al correo electrónico registrado. 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 SI o NO).

Firma C.C. N.º	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma C.C. N.º	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firma C.C. N.º	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma C.C. N.º	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*** En caso de no marcar ninguna opción; se considera autorizado el uso de la muestra, para realizar estudios poblacionales. ***

Identificación verificada por	Toma de muestra por
Nombre: _____	Nombre: _____
Documento: _____	Documento: _____
Firma: _____	Firma: _____

Yo _____ identificado con C.C. N.º _____
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: _____

Yo _____ identificado con C.C. N.º _____ funcionario de
SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CÍA S.A.S., recibí el paquete con número de guía: _____
de la compañía transportadora _____

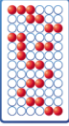
Los sellos y cintas de la caja se encontraron: Intactos ☐ No intactos ☐ Muestras recibidas: _____

Observaciones: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY

Etiquetas de pacientes

**DATOS DE LA AUTORIZACIÓN**

Yo _____ con TI ☐ CC ☐ PS ☐ CE ☐ ID ☐ número _____
de _____ mediante el presente documento, de manera libre y espontanea, autorizo
a Servicios Médicos Yunis Turbay Y CIA S.A.S. a cotejar el perfil genético de:

Con el perfil genético de:

para estudios de: Filiación ☐ Maternidad ☐ Paternidad ☐ Cromosoma Y ☐

En constancia firmo la presente autorización en la ciudad de _____
a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma: _____

Nombre completo: _____

Tipo y n.º de documento de identidad: _____

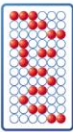
Responsable de la veracidad de la información

Firma: _____

Nombre completo: _____

Tipo y n.º de documento de identidad: _____





FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a Servicios Médicos Yunis Turbay y Cia SAS, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los aspectos relacionados con el objeto de mi vínculo con el laboratorio. Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en yunis.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible. Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, los cuales podré ejercer a través del correo electrónico: datospersonales@yunis.co

Responsable del tratamiento:

Servicios Médicos Yunis Turbay y Cía S.A.S

NIT.: 860.529.151-6

Dirección: Calle 86B #49D-28 Barrio Patria.

Teléfono: 601 2329622

datospersonales@yunis.co

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ de _____ de 20 ____.

Firma: _____

Nombre completo: _____

Tipo y N° de documento de identidad: _____

