

<u>AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DE PATERNIDAD</u>

			N° de Folio:	
Datos de Identificación.				
Datos d	de la Madre.			
Nombre	e:			
Naciona	alidad:	Folio credencial pa	ara votar o pasaporte:	
Raza:	Caucásico O Asiático O	•	Indígena O Mestizo O Otro O	
На гес	ibido alguna trans	sfusión sanguínea los	últimos 90 días? ()SI ()NO	
Ha ten	ido algún traspla	nte en los últimos 90	días? ()SI ()NO	
	Muestra: Sangre	Exudado bucal	Otro Especificar	
Tipo de Datos c	del Hijo.	•O Exudado bucal O	Otro Especificar	
Tipo de Datos c Nombre	del Hijo. e:		Otro Especificar	
Tipo de Datos d Nombre Domicil	del Hijo. e:		Otro Especificar	
Tipo de Datos d Nombre Domicil Naciona	del Hijo. e: lio: alidad:	Folio acta de r	Otro Especificar	
Tipo de Datos d Nombre Domicil Naciona	del Hijo. e: lio: alidad:	Folio acta de n	Otro Especificar	
Tipo de Datos d Nombre Domicil Naciona Raza:	del Hijo. e: lio: alidad: Caucásico O Asiático O	Folio acta de n Hispano-Latino O Negro O	Otro Especificar	
Datos on Nombre Domicil Naciona Raza:	del Hijo. e: lio: alidad: Caucásico O Asiático O ibido alguna trans	Folio acta de n Hispano-Latino O Negro O	Otro Especificar nacimiento: Indígena	

Datos del supuesto Padre.					
Nombre:					
Domicilio:					
Nacionalidad: Folio credencial de elector:					
Raza: Caucásico O Hispano-Latino O Indígena O	Mestizo O				
Asiático O Negro O Otro O					
¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ()SI ()NO					
¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ()SI ()N					
Tipo de Muestra: Sangre Exudado bucal Otro Especificar					
FOTOGRAFIA FOTOGRAFIA	FOTOGRAFIA				
DE LA MADRE DEL HIJO DE	L SUPUESTO PADRE				
Acepto someterme a la toma de muestra Acepto someterme a la toma de para para el estudio de paternidad el estudio de paternidad					
Nombre de la madre: Nombre del supuesto padre:					
Firma de la madre: Firma del supuesto padre:					
Fecha: Fecha:					
N° de registro: N° de registro:					
	uella 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:					