



No. Folio _____

AUTORIZACION PARA EL ESTUDIO DE PATERNIDAD

DATOS DE IDENTIFICACION.

DATOS DE LA MADRE

Nombre: _____

Domicilio: _____

Nacionalidad: _____ Folio credencial de elector o pasaporte: _____

Raza: Caucásico ☐ Hispano-Latino ☐ Indígena ☐ Mestizo ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Otro ☐

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? Sí ☐ 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

Nombre de la madre: _____

Firma de la madre: _____

Fecha: _____

No. de registro: _____

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

Nombre del supuesto padre: _____

Firma del supuesto padre: _____

Fecha: _____

No. de registro: _____

Huella de la madre

Huella del hijo

Huella del 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: _____
