



## AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DE PATERNIDAD

N° de Folio: \_\_\_\_\_

### **Datos de Identificación.**

#### **Datos de la Madre.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Folio credencial para votar o pasaporte: \_\_\_\_\_

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

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ( )SI ( )NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ( )SI ( )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? ( )SI ( )NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ( )SI ( )NO

Tipo de Muestra: Sangre ☐ Exudado bucal ☐ Otro ☐ Especificar \_\_\_\_\_

**Datos del supuesto Padre.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Folio credencial de elector: \_\_\_\_\_

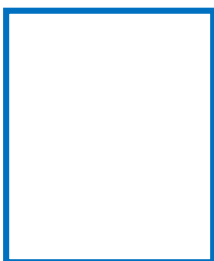
Raza:   Caucásico ☐   Hispano-Latino ☐   Indígena ☐   Mestizo ☐  
          Asiático ☐           Negro ☐           Otro ☐

¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea los últimos 90 días? ( )SI ( )NO

¿Ha tenido algún trasplante en los últimos 90 días? ( )SI ( )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

Acepto someterme a la toma de para  
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: \_\_\_\_\_

Huella de la madre

Huella del hijo

Huella 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_