

## 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 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección en donde se tomaron las muestras: \_\_\_\_\_