

AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO DE PATERNIDAD

Nº 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 _____

