

1-DATOS DEL SOLICITANTE

Datos oficina consular española

Dirección*: País*: e-mail*: Tfno: Nombre de la persona de contacto*:

Solicitante en España

Nombre y apellidos*: Tfno*: Estudio solicitado: Paternidad Maternidad Paternidad-Maternidad Otros 2- CADENA DE CUSTODIA DE LA MUESTRA (A RELLENAR POR EL LABORATORIO PROFESIONAL SANITARIO QUE REALIZA LA TOMA DE LA MUESTRA Y SU ENVÍO A CITOGEN S.L.U.)Toma de muestra realizada por*: Testigo*: Fecha de toma*: Firma de la persona que establece la cadena de custodia*: Condiciones de almacenaje hasta su envío*: Tª ambiente Nevera Congelador

3- DATOS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Participante 1 mayor de edad

N° Laboratorio:

Nombre y apellidos*: N° documento identificativo*: Fecha de nacimiento*: País de nacimiento*: Madre Padre Hijo/a Otro Tipo de muestra: Frotis bucal Sangre FTA Otros Firma*: Historia clínica: Transfusión últimos 6 meses TrasplanteSi No El participante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Participante 2 mayor de edad

N° Laboratorio:

Nombre y apellidos*: N° documento identificativo*: Fecha de nacimiento*: País de nacimiento*: Madre Padre Hijo/a Otro Tipo de muestra: Frotis bucal Sangre FTA Otros Firma*: Historia clínica: Transfusión últimos 6 meses TrasplanteSi No El participante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Participante 3 menor de edad
N° Laboratorio:

Nombre y apellidos*: _____

 N° documento identificativo*: _____ Hijo/a Otros _____

Fecha de nacimiento*: _____ País de nacimiento*: _____

 Tipo de muestra: Frotis bucal Sangre FTA Otros _____

 Historia clínica: Transfusión últimos 6 meses Trasplante

 ¿Quién es el representante legal? Participante 1 Participante 2

 Otro: Nombre y apellidos*: _____

N° documento identificativo*: _____ Firma del representante legal del menor: _____

 Si No El representante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Fotografía del menor

Participante 4 menor de edad
N° Laboratorio:

Nombre y apellidos*: _____

 N° documento identificativo*: _____ Hijo/a Otros _____

Fecha de nacimiento*: _____ País de nacimiento*: _____

 Tipo de muestra: Frotis bucal Sangre FTA Otros _____

 Historia clínica: Transfusión últimos 6 meses Trasplante

 ¿Quién es el representante legal? Participante 1 Participante 2

 Otro: Nombre y apellidos*: _____

N° documento identificativo*: _____ Firma del representante legal del menor: _____

 Si No El representante autoriza el uso de la información de su prueba por CITOGEN S.L.U. con fines de investigación y estudio estadístico poblacional. El tratamiento de la información se realizará siempre de forma anónima y separado de sus datos personales.

Fotografía del menor

4- CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/Los arriba firmante/s, mediante el presente documento dan el CONSENTIMIENTO para la extracción de su muestra y la de los menores a su cargo. Autorizan la utilización de los datos genéticos que se obtengan de la muestra aportada para realizar el estudio de filiación correspondiente. La autorización de las personas menores de edad deberán realizarla sus padres o tutores legales.

Son conocedores del derecho de los participantes o de sus tutores legales al acceso a los informes de resultados en caso de las pruebas con validez legal.

Manifiestan conocer la eficacia técnica de la prueba en el momento actual. Manifiestan conocer la posible trascendencia jurídica del resultado de dicha prueba. Manifiestan conocer que el resultado de la prueba será resumido en un informe escrito al que tendrán acceso el/los solicitantes o su representante legal y la oficina consular relacionada. El modo de envío será indicado en esta solicitud. Manifiestan conocer el costo económico de las pruebas solicitadas, que no incluyen el peritaje judicial si fuese necesario.

El responsable del tratamiento de sus datos personales es CITOGEN S.L.U. y su finalidad es, exclusivamente, presupuestar los servicios solicitados, realizar los análisis solicitados, la gestión interna paciente-empresa, la gestión administrativa de nuestra empresa, la facturación de los servicios solicitados (en su caso), el uso para fines de investigación y estudio poblacional (si lo autoriza) y el envío de información comercial (si lo autoriza).

En todo momento usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, limitación u oposición a su tratamiento y a retirar el consentimiento prestado.

Puede consultar la información completa en nuestra página web <https://www.cagt.es/proteccion-datos/>

Recepción de la muestra (A rellenar por Citogen S.L.U.):

#Recibida por*: _____ #Fecha de recepción*: _____ #Firma del receptor*: _____

#Observaciones: _____

 #Empresa de transporte*: _____ #Condiciones de recepción*: Paquete sellado NO conforme