



**CONSENTIMIENTO PRUEBA DE ADN
LABORATORIO DE PATERNIDAD**

Código: TOM-FOR-S00-07
Version: 04
Página 1 de 2
Fecha de emisión: 2023-01-04

Sticker

Ciudad: _____ Sede: _____ Fecha: AAAA/MM/DD

Por medio del presente documento, en forma libre y en pleno uso de mis facultades mentales y por mi interés particular, autorizo al Laboratorio Clínico COLCAN S.A.S. o IPS delegada, tomar la muestra que será utilizada en el estudio de tipificación de ADN con sistemas STRs (Short Tandem Repeats) para establecer la relación de filiación biológica entre las personas aquí relacionadas. Acepto que los documentos y los resultados serán custodiados durante quince (15) años y las muestras en tarjetas FTA™ durante diez (10) años por el Laboratorio Clínico COLCAN S.A.S. Autorizo al Laboratorio Clínico COLCAN S.A.S. para utilizar los resultados de los perfiles genéticos en estudios poblacionales y almacenarlos en bases de datos con ese fin, esto no involucra el uso de la muestra para otros fines diferentes al contratado.

El informe del resultado reportará el perfil genético de cada participante, los índices de paternidad y probabilidad de paternidad obtenida; en caso de exclusión de paternidad se informarán los sistemas genéticos que excluyen la relación biológica. Comprendo que el resultado será entregado a cada una de las partes involucradas, que no se brindará información telefónica del resultado, ni se entregará a una persona no autorizada. El resultado estará disponible en un tiempo máximo de _____ días calendario.

DATOS DEL HIJO		Código interno
Nombre completo:		
Tipo y número de Identificación:	Sexo: M___ F___	
Lugar y fecha de nacimiento:		
Dirección y ciudad de residencia:		
DATOS DEL PRESUNTO PADRE U OTRO _____ ¿CUAL? _____		Código interno
Nombre completo:		
Tipo y número de Identificación:	Sexo: M___ F___	
Lugar y fecha de nacimiento:		
Dirección y ciudad de residencia:		
DATOS DE LA MADRE. Participa en la prueba: SI ___ NO ___ OTRO _____ ¿CUAL? _____		Código interno
Nombre completo:		
Tipo y número de Identificación:	Sexo: M___ F___	
Lugar y fecha de nacimiento:		
Dirección y ciudad de residencia:		

Esta autorización será usada de acuerdo con las finalidades informadas en la Autorización para el Tratamiento de Datos Personales, que entiendo se extiende en el caso de dar información de hijos(as) menores de edad. En el caso de niños, niñas o adolescentes menores de edad, el firmante debidamente identificado autoriza la participación del menor en el estudio de filiación mediante marcadores genéticos. En caso de que el laboratorio necesite utilizar mi información para ponerla al alcance de un tercero solicitará mi aprobación, en el caso de requerimientos de tipo legal (autoridad competente), se me notificará que la información se entregó a la autoridad legal que la requirió, salvo que esté prohibido por la ley.

¿Alguno de los involucrados ha recibido transfusión de sangre en los últimos 10 días? Si No ¿Quién? _____
 ¿Alguno de los involucrados ha recibido trasplante de médula ósea? Si No ¿Quién? _____
 ¿Existe alguna relación biológica entre el presunto padre y la madre? Si No ¿Cuál? _____
 ¿El presunto padre tiene un hermano gemelo idéntico? Si No
 ¿Se ha realizado previamente esta prueba de ADN en este o en otro laboratorio? Si No ¿Cuál? _____

DESCRIPCIÓN Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA

La muestra de sangre consiste en la punción dactilar, previa a un proceso de desinfección del área, mediante el cual se obtendrán unas gotas de sangre necesarias para el análisis en el laboratorio, no presenta riesgos para la salud. En casos esporádicos se pueden presentar complicaciones de este procedimiento como hematoma, dolor leve y ardor, los cuales mejoran espontáneamente con medidas locales. El grado de molestia que usted puede sentir dependerá de muchos factores, incluyendo su sensibilidad para el dolor. En caso de presentar inflamación aplicar hielo, ocasionalmente, en el periodo de las 24 horas siguientes a la punción. El hisopado de mucosa oral consiste en recolectar células bucales y saliva de la mucosa oral mediante frotis con un hisopo estéril. Con este procedimiento, en una mucosa bucal sana, no se presentan complicaciones. En caso de bebés o niños pequeños se solicitará al acudiente que permanezca a su lado y lo ayude a sostener con el fin de evitar que se lastime.

Declaro que he sido informado de la utilidad, procedimiento y posibles riesgos que se puedan presentar, además del alcance y limitaciones de la prueba, incluyendo la posibilidad de no obtener el 99.9% de probabilidad de paternidad por no participación de la madre, o no obtener el 99.99% de probabilidad en casos de paternidad sin participación del presunto padre. He sido informado de que este resultado tiene actualmente validez probatoria (excepto en el caso de muestras no identificadas). La responsabilidad de COLCAN S.A.S sólo se limita al procesamiento y análisis de las muestras, sin que ello comprometa resultado alguno para el cliente. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

OBSERVACIONES U AUTORIZACIONES

Firma hijo, o acudiente en caso de menor de edad.		Firma presunto padre, u otro.		Firma madre, u otro.	
No documento:		No documento:		No documento:	
Teléfono:		Teléfono:		Teléfono:	

Responsable de la toma de muestras
Nombre y CC: