

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN GENÉTICA EN CASOS DE ADOPCIONES IRREGULARES Y SUSTRACCIÓN DE RECIÉN NACIDOS

El abajo firmante autoriza a LABGENETICS al cotejo e incorporación, **de forma totalmente gratuita**, de su perfil genético previamente realizado en otro laboratorio en nuestra base de datos exclusiva para la búsqueda de familiares (padres, madres, hijos/as, hermanos/as). Del mismo modo, también autoriza a LABGENETICS para que pueda ceder sus datos y su perfil genético a otras entidades autorizadas en la búsqueda de familiares, con el fin de realizar búsquedas en otras bases de datos similares.

Declaro estar informado y haber comprendido que llegado el caso, si fuese necesario realizar una ampliación del análisis de STRs autosómicos (28 en total) y/o análisis de STRs de los cromosomas X o Y y/o estudio del ADN mitocondrial y/o estudio genético de otros familiares, LABGENETICS contactará con el interesado para concertar una toma de muestra biológica, **con un coste único de 60 euros**.

Doy consentimiento a LABGENETICS (marque lo que proceda) ...

- ...para incluir mi perfil genético en una base de datos para la búsqueda exclusiva de familiares
- ...para ceder mis datos y mi perfil genético a otras entidades autorizadas en la búsqueda de familiares

Se me ha informado que tengo derecho a cambiar de opinión en el futuro.

Se me ha informado sobre la confidencialidad del estudio según las condiciones del secreto profesional y las leyes de protección a la intimidad vigentes.

DATOS DEL AFECTADO QUE SE HA REALIZADO EL PERFIL GENÉTICO (PRUEBA DE ADN)				
Nombre:			Fecha de nacimiento:	
La persona que se ha realizado el ADN es: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros				
Si usted es padre/madre		Fecha de nacimiento/desaparición del bebé robado:		
Si usted es hermano/a	Fecha de nacimiento/desaparición del hermano robado:			
	Vive su madre ó padre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tiene perfil genético: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Tiene más hermanos/as <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tiene perfil genético: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DATOS DE CONTACTO				
Nombre del que autoriza:				
D.N.I.:		Dirección:		
Teléfono:		Población:		Provincia:
Código Postal:		Correo electrónico:		
Asociación de afectados a la que pertenece:				

En, a de de

Fdo. Donante de la muestra biológica