

Los datos incluidos en este certificado son procesados por la Dirección Nacional de Medicina Forense de acuerdo con la ley de datos personales (1998:204).

**Enviar el certificado y la muestra a**

Rättsmedicinalverket  
Avdelningen för rättsgenetik  
och rättskemi  
Box 1383  
581 13 LINKÖPING  
SWEDEN

**Cliente**

.....  
.....

**Donante de la muestra**

Nombre	Apellido	No. personal de identificación/ No. de coordinación
Oriundo de un país no europeo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de toma de la muestra	El donante es <input type="checkbox"/> La mujer <input type="checkbox"/> El hijo <input type="checkbox"/> El hombre <input type="checkbox"/> Otra persona

**La identidad del donante fue certificada por**

<input type="checkbox"/> documento de identidad, tipo
<input type="checkbox"/> ser el donante conocido de quien toma la prueba
<input type="checkbox"/> otra persona que tenía documento de identidad, tipo

**Tipo de muestra**

<input type="checkbox"/> Hisopado bucal en papel FTA (ver las instrucciones en el kit para toma de muestras)
<input type="checkbox"/> Muestra de sangre, tubo con anticoagulante EDTA, de 1-3 ml
<input type="checkbox"/> Otro tipo de muestra .....

**Otras informaciones**

El donante ha sido sometido a un trasplante de médula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

**Firmas**

Firma del donante/padre, madre o tutor/otro	Firma y título de quien toma la muestra
Aclaración de firma	Aclaración de firma
Lugar en el que se tomó la muestra, dirección y número telefónico	