



**DECLARACION DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA ESTUDIO DE HUELLAS  
DIGITALES GENETICAS**

**Laboratorio de  
Biología Molecular**

**CODIGO DE IDENTIFICACION**

**DATOS DEL APORTANTE**

Foto de Frente  
(en caso de ser posible)

Impresión Dígito Pulgar Derecho

Nombre y Apellido: .....  
.....  
Tipo y N° DNI: .....  
Fecha de Nacimiento: .....  
Domicilio: .....  
.....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono: .....

Resistencia, ..... de ..... de .....

En la fecha apporto en forma voluntaria una muestra de material biológico apta para ser analizada en el marco del análisis de los polimorfismos del ADN de locus autosómicos, mitocondriales y de los cromosomas sexuales, con el fin de analizar mi perfil genético.

En relación a la normativa legal aplicable, se me ha informado que:

- 1.- La muestra y los análisis resultantes no serán vendidos ni entregados a otras personas o instituciones no relacionadas con la investigación pericial que solicito;
- 2.- El procesamiento será realizado en su totalidad en el Laboratorio de Biología Molecular del IMCiF o en los Laboratorios con los cuales el Poder Judicial de la Provincia del Chaco mantenga Acuerdos o Convenios;
- 3.- Solamente se estudiarán las regiones de la información genética que no presentan relación alguna con enfermedades u otros rasgos detectables, es decir en el ADN no codificante;
- 4.- La única vinculación entre mi nombre y el número de identificación de la muestra lo constituye esta hoja de consentimiento, que será resguardada;



**DECLARACION DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA ESTUDIO DE HUELLAS  
DIGITALES GENETICAS**

**Laboratorio de  
Biología Molecular**

5.- Mi muestra, luego de extraída y analizada, se tratará en forma anónima con el número de identificación de la misma pero no el nombre del donante;

6.- Todo ingreso a bases de datos de la información de resultados obtenidos de mi muestra sólo harán referencia al número de identificación, haciendo imposible vincularla conmigo;

7.- Los Responsables del IMCiF se obligan a la preservación y custodia de las muestras que apporto y me aseguran acceso a la información resultante.

En relación al procedimiento y a los riesgos, se me ha informado que:

1.- Podría requerirse la punción para extracción de sangre, y que los efectos secundarios son poco comunes, pero podrían incluir mareos, dolor, hemorragia, formación de hematomas y, en raras ocasiones, infección;

2.- El procedimiento de extracción de saliva consiste en raspado del interior de las mejillas con hisopo o recolección de la saliva en un recipiente;

3.- Otras muestras como pelos y uñas pueden ser necesarias en casos especiales para asegurar la obtención de resultados;

4.- He tenido oportunidad de formular preguntas y me han sido respondidas satisfactoriamente;

5.- He leído este documento en su totalidad y entiendo que puedo solicitar una copia.

Por lo que, habiendo sido informado de los alcances, procedimientos y riesgos de la prueba, y estando resguardados mis derechos a la privacidad y a la confidencialidad de los resultados obtenidos dentro de la normativa legal vigente y aplicable al caso, declaro mi conformidad e indico expresamente mi voluntad de aportar la muestra y solicitar el análisis del perfil genético firmando al pie.

.....  
Firma

.....  
Firma del responsable legal (\*)

(\*) Para menores e incapaces.