



**CIUDAD DE FILADELFIA  
OFICINA DEL MÉDICO FORENSE (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)  
LABORATORIO DE TOXICOLOGÍA (TOXICOLOGY LABORATORY)**

A fin de que se autorice el análisis de la muestra de ADN de una persona fallecida, el familiar más cercano del fallecido debe completar un formulario de *Consentimiento para prueba de ADN*. Además de completar el formulario de autorización, el familiar más cercano del fallecido tiene que elegir el laboratorio donde se realizará la prueba de ADN. Este formulario debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del laboratorio seleccionado para realizar la prueba de ADN, así como también un número de referencia del laboratorio, si se conoce. El laboratorio elegido para la prueba de ADN enviará al Laboratorio de Toxicología del Médico Forense el kit adecuado para trasladar la muestra. **Tenga en cuenta que el Laboratorio de Toxicología del Médico Forense no realiza pruebas de ADN.**

A partir del 1º de abril de 2017, nuestro laboratorio de toxicología conservará las muestras de sangre para pruebas de ADN de manera indefinida. Si la fecha de fallecimiento de la persona es *anterior* al 1º de abril de 2017, se conservará una muestra de sangre de su ADN durante un año desde la fecha del deceso. En caso de que no haya una muestra de sangre disponible, conservaremos una muestra de tejido durante un año desde la fecha del deceso. Puede haber casos en los que no haya una muestra de ADN disponible.

No podemos entregar muestras hasta que el familiar más cercano del fallecido complete un *Consentimiento para prueba de ADN* y elija un laboratorio para realizar la prueba de ADN. Si no se cuenta con el familiar más cercano o si éste se niega a autorizar el envío de la muestra, se requiere una orden judicial para entregar cualquier muestra.

Si existen dudas sobre quién es el familiar más cercano, el orden de prioridad es el siguiente:

1. Cónyuge legal del fallecido
2. Hijo/a(s) adulto/a(s) del fallecido. (Debe ser mayor de 18 años).
3. Padre(s) del fallecido
4. Hermano/a(s) adulto/a(s) del fallecido. (Debe ser mayor de 18 años).

*(PARA PRUEBAS DE PATERNIDAD: Tenga en cuenta que la madre del niño no se considera familiar más cercano, a menos que esté dentro de una de las categorías mencionadas anteriormente).*

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar el formulario de *Consentimiento para prueba de ADN*, puede comunicarse con la oficina del médico forense al 215-685-7456.

Si se entrega en mano en nuestra oficina, el formulario no requiere certificación notarial pero sí requiere prueba de identificación. Si se envía por correo, este formulario debe tener certificación notarial y debe enviarse a:

**Medical Examiner's Office – Record Room  
321 S. University Ave.  
Philadelphia, PA 19104**

El laboratorio elegido para realizar la prueba de ADN debe comunicarse con el Laboratorio de Toxicología del Médico Forense al 215-685-7460, en caso de tener alguna pregunta. Una vez que corroboremos que se recibió el consentimiento (o la orden judicial) y el kit de recolección de muestras, enviaremos la muestra para realizar la prueba. **El Laboratorio de Toxicología del Médico Forense no recibe resultados de pruebas de ADN.**



CIUDAD DE FILADELFIA  
 OFICINA DEL MÉDICO FORENSE (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)  
 LABORATORIO DE TOXICOLOGÍA (TOXICOLOGY LABORATORY)  
 321 University Avenue  
 Philadelphia, PA 19104

Consentimiento para prueba de ADN

**Información del fallecido para ser completada por el tutor legal/familiar más cercano del fallecido**

Nombre del fallecido: *(en letra de imprenta)* \_\_\_\_\_ Masculino Femenino  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento del fallecido: *(mm/dd/aaaa)* \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de defunción del fallecido: *(mm/dd/aaaa)* \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ N°. de referencia del caso de la OMF \_\_\_\_\_  
(si está disponible)

Tipo de prueba de ADN:	Laboratorio elegido para realizar la prueba de ADN: <small>(en letra de imprenta)</small>	
<input type="checkbox"/> Paternidad	Nombre: _____	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Maternidad	Dirección: _____	Correo electrónico: _____
<input type="checkbox"/> Otro	Ciudad/Estado/Código postal: _____	N°. de referencia: _____ <small>(si está disponible)</small>

Yo, \_\_\_\_\_, soy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) (Fallecido)

y autorizo el envío de una muestra para la prueba de ADN \_\_\_\_\_.  
(Tipo de prueba)

\_\_\_\_\_  
*Firma (Familiar más cercano/Cuidador)*

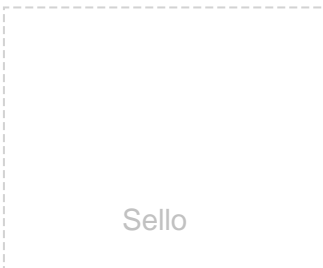
\_\_\_\_\_  
*Fecha (mm/dd/aaaa)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

**Este documento no necesita certificación notarial si se firma en presencia del personal de la oficina del médico forense (se requiere ID).**

**Notario público:**



Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_  
 Hoy, a \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_, ante mí \_\_\_\_\_, el funcionario que firma abajo, se presentó en persona \_\_\_\_\_, certificado por mí (o probado de manera satisfactoria) como la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscritos dentro del documento, y reconoció que \_\_\_\_\_ ejecutó lo mismo a los fines incluidos en el presente.  
 En prueba de conformidad, a tal efecto suscribo mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_  
 Firma del notario público

<b>For MEO use only/Solo para uso de la OMF:</b>	
_____ <small>(Type of ID/ID number)</small>	_____ <small>(MEO employee signature)</small>