



**THÀNH PHỐ PHILADELPHIA  
PHÒNG PHÁP Y (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)  
PHÒNG THÍ NGHIỆM ĐỘC TỔ (TOXICOLOGY LABORATORY)**

Để mẫu DNA của một người quá cố được giải phóng để phân tích, người thân gần nhất của người quá cố sẽ phải hoàn thành biểu mẫu *Chấp thuận Xét nghiệm DNA*. Ngoài việc hoàn thành biểu mẫu giải phóng, người thân gần nhất của người quá cố phải chọn một phòng thí nghiệm để thực hiện xét nghiệm DNA. Biểu mẫu này phải có tên, địa chỉ, và số điện thoại của phòng thí nghiệm được chọn để thực hiện xét nghiệm DNA, cũng như số tham chiếu của phòng thí nghiệm nếu biết. Phòng thí nghiệm được lựa chọn để xét nghiệm DNA sẽ gửi cho Phòng thí nghiệm Độc tố của Phòng Pháp y bộ dụng cụ thích hợp để chuyển mẫu. **Xin lưu ý rằng Phòng thí nghiệm Độc tố của Phòng Pháp y không thực hiện xét nghiệm DNA.**

Tính từ ngày 1 tháng 4 năm 2017, phòng thí nghiệm độc tố của chúng tôi sẽ giữ lại vô thời hạn mẫu máu để xét nghiệm DNA. Nếu người quá cố qua đời *trước* ngày 1 tháng 4 năm 2017, một mẫu máu có DNA của họ được giữ trong một năm kể từ ngày qua đời. Trong trường hợp không có mẫu máu, chúng tôi sẽ giữ một mẫu mô trong một năm kể từ ngày qua đời. Có thể có một số trường hợp không có mẫu DNA.

Chúng tôi không thể giải phóng bất kỳ mẫu vật nào cho đến khi người thân gần nhất của người quá cố hoàn thành biểu mẫu *Chấp thuận Xét nghiệm DNA*, và một phòng thí nghiệm được lựa chọn để thực hiện xét nghiệm DNA. Nếu không có người thân gần nhất, hoặc họ từ chối chấp thuận giải phóng một mẫu vật, cần có lệnh của tòa án để giải phóng bất kỳ mẫu nào.

Nếu không chắc ai là người thân gần nhất, thứ tự ưu tiên như sau:

1. Vợ/chồng hợp pháp của người quá cố
2. (Các) con đã thành niên của người quá cố. (Phải từ 18 tuổi trở lên.)
3. Cha mẹ của người quá cố
4. (Các) anh chị em đã thành niên của người quá cố. (Phải từ 18 tuổi trở lên.)

*(VỚI XÉT NGHIỆM QUAN HỆ CHA CON: Xin lưu ý rằng mẹ của đứa trẻ không được coi là người thân gần nhất trừ phi người đó thuộc một trong các nhóm trên).*

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về cách điền biểu mẫu *Chấp thuận Xét nghiệm DNA* quý vị có thể liên lạc với phòng Pháp y theo số 215-685-7456.

Nếu được chuyển tận tay đến văn phòng của chúng tôi, biểu mẫu này không cần phải công chứng nhưng sẽ cần bằng chứng nhận dạng. Nếu được gửi qua bưu điện, biểu mẫu này phải được công chứng và chuyển đến:

**Medical Examiner's Office – Record Room  
400 N. Broad Street  
Philadelphia, PA 19130**

Phòng thí nghiệm được lựa chọn để thực hiện xét nghiệm DNA nên liên lạc với Phòng thí nghiệm Độc tố của Phòng Pháp y nếu có bất kỳ thắc mắc nào theo số 215-685-7460. Sau khi chúng tôi xác minh biểu mẫu chấp thuận (hoặc lệnh của tòa án) và đã nhận được bộ dụng cụ lấy mẫu vật, chúng tôi sẽ giải phóng mẫu vật để xét nghiệm. **Phòng thí nghiệm Độc tố của Phòng Pháp y không nhận bất kỳ kết quả xét nghiệm DNA nào.**



THÀNH PHỐ PHILADELPHIA  
PHÒNG PHÁP Y (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)  
PHÒNG THÍ NGHIỆM ĐỘC TỐ (TOXICOLOGY LABORATORY)  
400 N. Broad Street  
Philadelphia, PA 19130

### Chấp thuận Xét nghiệm DNA

Thông tin của Người quá cố phải được điền bởi Người giám hộ Pháp lý/Người thân gần nhất của Người quá cố

Tên của Người quá cố: (viết bằng chữ in) \_\_\_\_\_ Nam Nữ

Tên Tên đệm Họ

Ngày sinh của Người quá cố: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ngày qua đời của Người quá cố: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Số Tham chiếu Trường hợp MEO \_\_\_\_\_

(Nếu có)

Loại Xét nghiệm DNA:	Phòng thí nghiệm được lựa chọn để thực hiện xét nghiệm DNA: (vui lòng viết bằng chữ in)	
<input type="checkbox"/> Xét nghiệm Quan hệ cha con	Tên: _____	Điện thoại: _____
<input type="checkbox"/> Xét nghiệm Quan hệ mẹ con	Địa chỉ: _____	Email: _____
<input type="checkbox"/> Xét nghiệm khác	Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____	Số Tham chiếu: _____ (nếu có)

Tôi, \_\_\_\_\_, là \_\_\_\_\_ của \_\_\_\_\_

(Tên)

(Quan hệ)

(Người quá cố)

và tôi cho phép giải phóng mẫu vật để xét nghiệm DNA \_\_\_\_\_.

(Loại xét nghiệm)

Chữ ký (Người thân gần nhất/Người giám hộ)

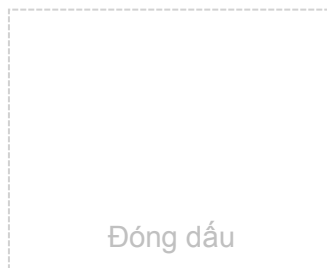
Ngày (mm/dd/yyyy)

Địa chỉ

Số Điện thoại

Tài liệu này không cần phải được công chứng nếu được ký trước mặt nhân viên Phòng Pháp y (sẽ yêu cầu ID)

Công chứng viên:



Tiểu bang \_\_\_\_\_ Quận \_\_\_\_\_

Vào ngày này, ngày \_\_\_\_ tháng \_\_\_\_ năm 20\_\_\_\_, trước mặt tôi \_\_\_\_\_, người ký tên bên dưới, với sự có mặt của \_\_\_\_\_, mà tôi biết (hoặc đã được chứng minh thích đáng) là (những) người có tên được nêu trong tài liệu này, và xác nhận rằng \_\_\_\_\_ thực hiện cùng vì mục đích trong này.

Để làm chứng về điều này, tôi đã ký tên và đóng dấu chính thức vào văn bản này.

Chữ ký của Công chứng viên

For MEO use only/Chỉ dành cho MEO sử dụng:

(Type of ID/ID number)

(MEO employee signature)