

### Datos del Paciente:

_____	_____	_____
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
_____	_____	_____
Episodio / OA	Tipo de muestra	

### Datos de la persona que autoriza el retiro:

_____	_____	_____
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
_____		
Dirección		
_____	_____	_____
Teléfono	RUN	
_____		
Firma		

### Datos de la persona que retira:

_____	_____	_____
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
_____		
Dirección		RUN

1. Esta muestra es entregada por el laboratorio al paciente o su representante legal o a quien haya autorizado.
2. Si la muestra corresponde a la alícuota de respaldo de algún examen realizado en el laboratorio, se declara que:
  - La muestra ha sido almacenada con fines de confirmación de resultados y no ha sido utilizada para otro propósito.
  - El laboratorio se reserva la posibilidad de guardar una alícuota de la muestra si la cantidad de que se dispone así lo permite.
3. Si la muestra ingresó con solicitud de extracción de ADN se entrega la totalidad de la muestra.
4. Si la muestra ingresó al laboratorio exclusivamente para almacenamiento, ésta se almacenó por el tiempo y condiciones establecidas por el solicitante. El laboratorio no guarda alícuota de respaldo.

Con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tomo conocimiento de lo expuesto más arriba y he recibido conforme la muestra.

\_\_\_\_\_  
Firma