

CLIENT AUTHORIZATION



Amount Collected	
AMOUNT ENCLOSED \$ _____	INITIALS _____
AMOUNT RECEIVED \$ _____	No cash or personal checks
CHECK # _____	
INT. _____	INT. _____ HPP _____

X CODE _____

Account's Case #	Specimen on File?	SEND ADDITIONAL RESULTS COPIES TO / SPECIAL INSTRUCTIONS:
Docket/Court #	If Yes place X in box	
Cause #	LabCorp Case Number	
M _____		
C1 _____		
AF _____		ALL SHADED AREAS MUST BE COMPLETED!!
C2 _____		

SPECIMEN#

Y ___ L ___ B ___ C ___

MOTHER

Last Name (PRINT) _____ First _____ MI _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

DOB: _____

Ethnicity (circle one): Caucasian Black American Indian (tribe) _____ Puerto Rican Mexican American

Asian (WHICH COUNTRY) _____ Other (SPECIFY) _____ Mix (SPECIFY RACES AND %): _____

Blood Transfusion in the past 90 days (circle one): Yes / No Have you ever in your life had a bone marrow/stem cell transplant (circle one): Yes / No

Mother's ID # & Type _____

SPECIMEN#

Y ___ L ___ B ___ C ___

CHILD #1

Last Name (PRINT) _____ First _____ MI _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

DOB: _____ SEX _____

Blood Transfusion in the past 90 days (circle one): Yes / No Have you ever in your life had a bone marrow/stem cell transplant (circle one): Yes / No

Child's ID # & Type _____

SPECIMEN#

Y ___ L ___ B ___ C ___

ALLEGED FATHER

Last Name (PRINT) _____ First _____ MI _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

DOB: _____

Ethnicity (circle one): Caucasian Black American Indian (tribe) _____ Puerto Rican Mexican American

Asian (WHICH COUNTRY) _____ Other (SPECIFY) _____ Mix (SPECIFY RACES AND %): _____

Blood Transfusion in the past 90 days (circle one): Yes / No Have you ever in your life had a bone marrow/stem cell transplant (circle one): Yes / No

Father's ID # & Type _____

SPECIMEN#

Y ___ L ___ B ___ C ___

CHILD #2

Last Name (PRINT) _____ First _____ MI _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

DOB: _____ SEX _____

Blood Transfusion in the past 90 days (circle one): Yes / No Have you ever in your life had a bone marrow/stem cell transplant (circle one): Yes / No

Child's ID # & Type _____



CHAIN OF CUSTODY

MOTHER'S / CHILD(REN)'S PHOTOGRAPH



TO ATTACH PHOTO TO FORM PLEASE REMOVE LINER FROM TAPE, AND APPLY PHOTO TO TAPE.

ALLEGED FATHER'S PHOTOGRAPH



TO ATTACH PHOTO TO FORM PLEASE REMOVE LINER FROM TAPE, AND APPLY PHOTO TO TAPE.

DO NOT PLACE PHOTO BELOW THIS LINE

DO NOT PLACE PHOTO BELOW THIS LINE

I hereby consent to procurement of biological samples, photographs, and fingerprints for myself and, if applicable, as a legal representative of the minor child in this case. I release LabCorp from any liability relating to any misrepresentation on my part including my legal status as a representative of the minor child. I hereby agree to indemnify and hold LabCorp harmless from any losses and expenses as a result of any such misrepresentation. I understand that the biological samples provided will be used for DNA testing and the results may be used in a court of law to assist in the determination of parentage of the child or other relationship as indicated. I further understand that the forms submitted as part of the testing may contain social security numbers, addresses and other demographic information and may be disclosed along with the results as required by law or legal process. All materials may be stored as required by legal processes or accreditation but will be eventually destroyed.

Mother's Signature or Signature of Guardian if Mother is a Minor (print name) _____ (Signature) _____ Date: _____

Child 1's Name (print) _____ Child 2's Name (print) _____

Signature of Guardian Or Child Over 18: (print name) _____ (Signature) _____ Date: _____

Alleged Father's Signature or Signature of Guardian if Alleged Father is a Minor (print name) _____ (Signature) _____ Date: _____

MOTHER'S THUMB PRINT



CHILD 1 THUMB PRINT



CHILD 2 THUMB PRINT



ALLEGED FATHER'S THUMB PRINT



I CERTIFY THAT I COLLECTED AND LABELED A SPECIMEN(S) FROM THE PERSON(S) IDENTIFIED HEREIN.

ADDRESS WHERE SPECIMEN(S) WERE COLLECTED:

SPECIMEN COLLECTOR:

DATE: _____

SIGNATURE(S) _____

WITNESS _____

I HEREBY CERTIFY THAT I PACKAGED AND SEALED THE BOX. NO TAMPERING WITH THE SPECIMENS OCCURRED WHILE THE SPECIMENS WERE IN MY CONTROL. I AFFIRM, UNDER PENALTIES FOR PERJURY, THAT THE FOREGOING REPRESENTATION IS TRUE.

NAME OF PERSON PACKAGING SPECIMENS (PRINT): _____ SIGNATURE: _____ DATE: _____

SPECIMEN CONTAINER SEALED YES / NO

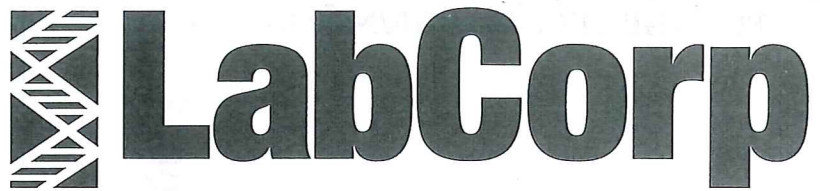
LABCORP USE ONLY

SIGNS OF TAMPERING YES / NO

I HEREBY CERTIFY THAT I RECEIVED THE SPECIMENS AT LABCORP AND THERE IS NO EVIDENCE THAT THE PACKAGE HAS BEEN OPENED. I AFFIRM, UNDER PENALTIES FOR PERJURY, THAT THE FOREGOING REPRESENTATION IS TRUE.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

CIRCLE ONE: DHL FEDERAL EXPRESS LABCORP CARRIER USPS SPECIFY _____



Referencia # 1	ENVIAR COPIAS DE RESULTADOS ADICIONALES A:
Referencia # 2	
Referencia # 3	
Liste todos los Participantes	

M	_____
N1	_____
PP	_____
N2	_____

Muestra #
Y ____ L ____ B ____ C ____

MADRE	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección: Calle, ciudad, país, código postal (según corresponda)	
Fecha de Nacimiento:	
Etnia o Nacionalidad: Blanco Negro Puerto Ricana Dominicana Mexicana Indio Americana Asiática (Especifique País) _____ Otra (Especifique) _____ Mixto (Especifique raza y %) _____	
Transfusión de sangre en los últimos 90 días: Si / No Ha tenido transplante de medula ósea/células madre: Si / No	
# ID de la Madre & Tipo: _____	

Muestra #
Y ____ L ____ B ____ C ____

NIÑO(A) #1	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección: Calle, ciudad, país, código postal (según corresponda)	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Transfusión de sangre en los últimos 90 días: Si / No Ha tenido transplante de medula ósea/células madre: Si / No	
# ID del Niño(a) & Tipo: _____	

Muestra #
Y ____ L ____ B ____ C ____

PRESUNTO PADRE	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección: Calle, ciudad, país, código postal (según corresponda)	
Fecha de Nacimiento:	
Etnia o Nacionalidad: Blanco Negro Puerto Ricana Dominicana Mexicana Indio Americana Asiática (Especifique País) _____ Otra (Especifique) _____ Mixto (Especifique raza y %) _____	
Transfusión de sangre en los últimos 90 días: Si / No Ha tenido transplante de medula ósea/células madre: Si / No	
# ID del Padre & Tipo: _____	

Muestra #
Y ____ L ____ B ____ C ____

NIÑO(A) #2	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección: Calle, ciudad, país, código postal (según corresponda)	
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Transfusión de sangre en los últimos 90 días: Si / No Ha tenido transplante de medula ósea/células madre: Si / No	
# ID del Niño(a) & Tipo: _____	

FOTOGRAFÍA MADRE/NIÑO(A) 1 y 2

↑ LEVANTE AQUÍ ↑

FOTOGRAFÍA PRESUNTO PADRE

↑ LEVANTE AQUÍ ↑

NO COLOQUE LA FOTO ABAJO DE ESTA LÍNEA

NO COLOQUE LA FOTO ABAJO DE ESTA LÍNEA

Yo, por el presente, doy consentimiento a la obtención de muestras biológicas, fotografías y huellas digitales de mi persona, y de aplicarse, como el representante legal del niño menor de edad en este caso. Yo libero a LabCorp de cualquier responsabilidad relacionada a cualquier declaración falsa de mi parte incluyendo mi estatus legal como representante del niño menor de edad. Por el presente estoy acuerdo en indemnizar y mantener a LabCorp libre de daños de cualquier pérdida y gastos como resultado de dicha declaración falsa. Yo entiendo que las muestras biológicas serán utilizadas para pruebas de ADN y los resultados se podrán utilizar en la corte para asistir en la determinación de parentesco del niño u otra relación indicada. Entiendo además que las formas sometidas como parte de la prueba contienen números de seguro social, direcciones y otra información demográfica y que puede ser revelada junto con los resultados como lo requiere la ley o el proceso legal. Todos los materiales se pueden guardar como lo requiere el proceso legal o acreditación pero serán eventualmente destruidos. Todas las personas y el guardián legal del niño, si la madre del niño no participa en la prueba, pueden recibir los resultados, incluyendo toda la información presentada, después de recibida la solicitud por escrito y constancia de la identificación/custodia. Yo por el presente doy consentimiento al uso de los resultados para dicho propósito sin requerir autorización adicional de mi parte, y he firmado en los contenedores de la(s) muestra(s) confirmando que el(los) contenedor(es) están identificados correctamente como conteniendo mi o si aplicable, la muestra(s) del niño.

Nombre de la Madre o Nombre del Guardián si la Madre es menor de edad: _____ (Firma) _____ Fecha: _____ (mes, día, año)

Nombre del Guardián o Niño(a) mayor de 18 _____ (Firma) _____ Fecha: _____ (mes, día, año)

Nombre Presunto Padre o Firma del Guardián del Presunto Padre si es menor de edad: _____ (Firma) _____ Fecha: _____ (mes, día, año)

HUELLA DIGITAL MADRE

HUELLA DIGITAL NIÑO(A) 1

HUELLA DIGITAL NIÑO(A) 2

HUELLA DIGITAL PRESUNTO PADRE

YO CERTIFICO QUE COLECTÉ Y ETIQUETÉ LA MUESTRA(S) DE LA(S) PERSONA(S) IDENTIFICADAS AQUÍ.

DIRECCIÓN EN DONDE SE COLECTARON MUESTRAS:

COLECTOR DE LA MUESTRA:

FECHA:

FIRMA(S):

TESTIGO:

YO CERTIFICO QUE EMPAQUÉ Y SELLÉ LA CAJA. NO OCURRIÓ MANIPULACIÓN DE LAS MUESTRAS CUANDO ESTUVIERON BAJO MI CONTROL. YO DECLARO BAJO BENA DE PERJURIO, QUE LA PRECEDENTE REPRESENTACIÓN ES CORRECTA.

NOMBRE PERSONA QUE EMPACA LA MUESTRA (LETRA DE CARTA)

FIRMA:

FECHA:

PARA USO DE LABCORP ÚNICAMENTE / LABCORP USE ONLY

SPECIMEN CONTAINER SEALED YES / NO

SIGNS OF TAMPERING YES / NO

I HEREBY CERTIFY THAT I RECEIVED THE SPECIMENS AT LABCORP AND THERE IS NO EVIDENCE THAT THE PACKAGE HAS BEEN OPENED. I AFFIRM UNDER PENALTIES OF PERJURY THAT THE FOREGOING REPRESENTATION IS TRUE.

SIGNATURE:

DATE:

CIRCLE ONE: DHL FEDERAL EXPRESS LABCORP CARRIER USPS OTHER (SPECIFY):