



SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO FAMILIAR DE FIBROSIS QUÍSTICA

DATOS DE LA PERSONA A REALIZAR EL ESTUDIO

DNI:

Nombre: Sexo: Hombre Mujer

Apellidos:

Dirección:

C. Postal: Población:

Teléfono fijo: Teléfono móvil:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

PADRE / MADRE / HERMANO DE:

Nombre: Sexo: Hombre Mujer

Apellidos:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Hospital de nacimiento:

Solicitante:

Fecha de solicitud:

Centro/Hospital:

Motivo de la solicitud:

Firma:

Tipo de muestra: sangre recogida en papel absorbente.