



Número: _____	Código de barras
Institución: _____	

CIUM - CONSENTIMIENTO INFORMADO ÚNICO PARA LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS SANGUÍNEAS DE REFERENCIA PARA LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA DE PERSONAS DESAPARECIDAS
(Antes de diligenciar el consentimiento revise el instructivo)
Toda la información aquí registrada es estrictamente confidencial

Introducción para el muestreadante: Para efectos de este consentimiento informado, la identificación humana por métodos genéticos consiste en establecer el parentesco entre una persona desaparecida y sus parientes biológicos más cercanos (padre, madre, hijos, abuelos u otros). Para este proceso, se requiere tomar muestras de sangre de los familiares de la persona desaparecida y extraer de estas muestras los perfiles genéticos de los familiares. El perfil genético es la información biológica única de cada persona, que se hereda de la madre y padre biológicos. Estos perfiles genéticos de los familiares, se comparan con los perfiles genéticos extraídos de restos no identificados, para realizar un cotejo y así identificar la persona desaparecida.

TÉRMINOS Y ALCANCES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (DE LECTURA OBLIGATORIA PARA EL MUESTRADANTE)

La toma de muestra de sangre se hace pinchando un dedo con un instrumento estéril, se toman gotas de sangre en una tarjeta de toma de muestras en un procedimiento que dura unos minutos y puede generar riesgos mínimos como molestias en el sitio de la toma y/o ansiedad.

Entiendo que mi perfil genético puede ser extraído de mi muestra de sangre de acuerdo con los términos de este consentimiento informado.

La toma de la muestra, su procesamiento y los cotejos genéticos potenciales son gratuitos para mí como muestreadante. Mi participación en el proceso de identificación genética de persona(s) desaparecida(s) es voluntaria y tengo el derecho de negar la donación de mi muestra, sin consecuencia alguna.

Mi muestra, el perfil genético y/o mis datos personales, se almacenarán en las bases de datos que manejan las instituciones competentes y se procesarán únicamente en categorías dedicadas al proceso de búsqueda e identificación de personas desaparecidas. Mi muestra de sangre y/o la información que proviene de su procesamiento y análisis, no se pueden usar en procesos judiciales en contra mía o de mis familiares más cercanos.

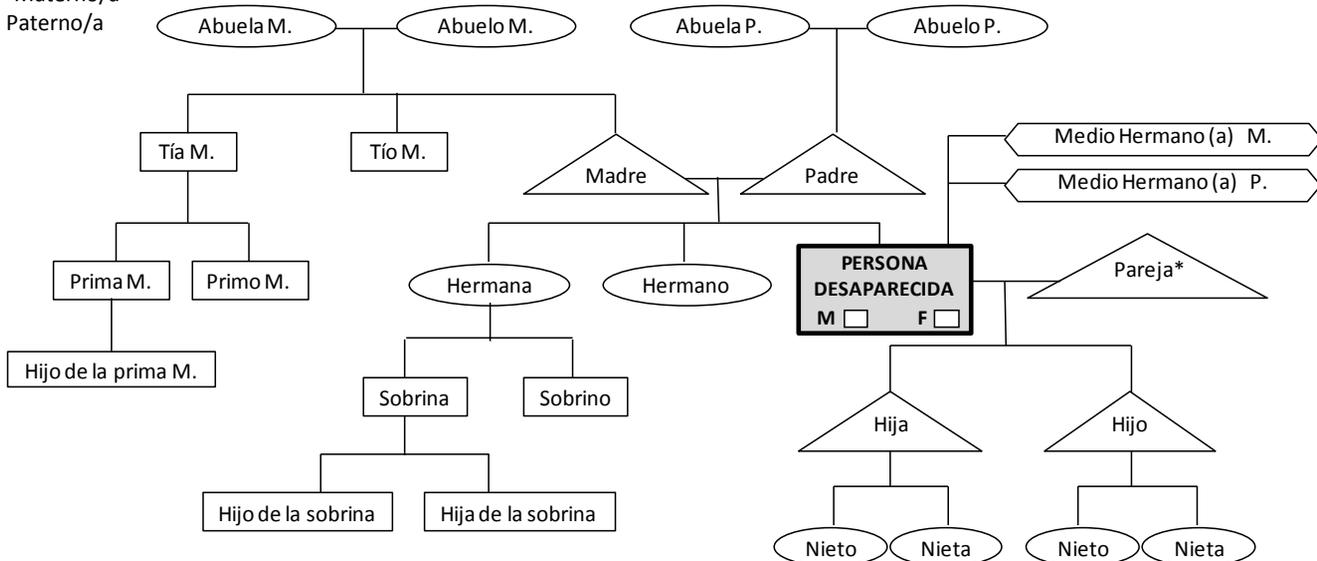
La entidad que ha tomado mi muestra puede transferir la muestra, mi perfil genético y/o información obtenida de estos, a otras instituciones, con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas, quienes deben garantizar el mismo nivel de protección de esta información. En caso de que el estudio genético revele información sobre relaciones familiares no esperadas y/o información médica, ésta no me será transmitida.

La institución a la cual le proporciono mi muestra no me lo devolverá, de igual manera mi perfil genético. Estos se van a almacenar y custodiar adecuadamente garantizando su confidencialidad. En caso de hurto, acceso o destrucción no autorizados de mi muestra o del perfil genético extraído, seré informado de los hechos, y la institución competente podrá iniciar investigaciones para sancionar penal y/o disciplinariamente a los responsables. La institución destruirá la muestra y/o el perfil de forma apropiada si envió una solicitud escrita a la autoridad competente.

MARQUE CON "X" SOBRE EL DIAGRAMA EL PARENTESCO BIOLÓGICO DEL MUESTRADANTE CON LA PERSONA DESAPARECIDA

Guía para selección de muestreadantes según prioridad: 1ª opción = 2ª opción = 3ª opción = 4ª opción =

M= Materno/a
P= Paterno/a



Marcar con una x en la figura de la persona desaparecida, el recuadro correspondiente a su sexo (M=masculino F=femenino)
 En caso de que el muestreadante sea tío o sobrino paterno, u otro pariente no representado en la gráfica, anotar esta información en la sección de Observaciones.

* La muestra de la pareja solo se toma si están disponibles los hijos que tuvo con la persona desaparecida.

SIGUIENDO EL DIAGRAMA, INDIQUE LOS PARIENTES MÁS CERCANOS A LA PERSONA DESAPARECIDA QUE TAMBIÉN PUEDAN SER MUESTRADANTES

Nombre completo	Teléfonos	Ubicación (Dirección, ciudad y departamento)	Parentesco con la persona desaparecida
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____

(En caso que los familiares biológicos genéticamente informativos hayan fallecido, señalar lugar en el que se encuentran inhumados)

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE MUESTRADANTE ADULTO

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F M Tipo documento de identidad: _____ Número: _____

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar nacimiento: _____
Departamento y municipio

Teléfono casa: _____ Tel. trabajo: _____ Celular: _____

Otro: _____ Dirección residencia: _____

Ciudad/Municipio: _____ Departamento: _____

Número de familiares desaparecidos relacionados biológicamente con el muestradante: _____
En letras y números

Confirmando que he conocido el contenido del presente consentimiento informado, que no he manifestado impedimento cultural, religioso u otro para donar mi muestra, que la información que proporciono es correcta hasta donde yo sé y entiendo que ésta es importante para el proceso de identificación de mi(s) familiar(es) desaparecido(s) u otras personas desaparecidas. Reconozco que es mi responsabilidad notificar a la institución que tomó mi muestra de cualquier cambio de dirección u otros datos.

De acuerdo con los términos del presente consentimiento, acepto donar mi muestra de sangre, que mi perfil genético sea extraído y procesado si es necesario, que mi nombre y otra información se almacenen en bases de datos confidenciales, con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas.

Lugar: _____
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento (y país si la muestra se toma fuera de Colombia)



Firma muestradante: _____ Fecha: dd / mm / aaaa

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE MUESTRADANTE MENOR DE EDAD O ADULTO EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD MENTAL O COGNITIVA**Datos del muestradante:**

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F M Tipo documento de identidad: _____ Número: _____

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar nacimiento: _____
Departamento y municipio

Número de familiares desaparecidos relacionados biológicamente con el muestradante: _____
En letras y números

Datos del representante legal: Padre Madre Otro Cuál: _____

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Tipo documento de identidad: _____ Número: _____

Dirección residencia: _____ Ciudad/Municipio: _____

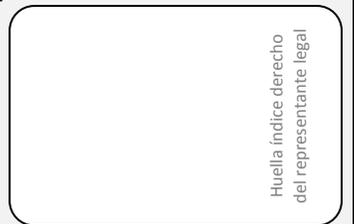
Departamento: _____ Tel. residencia: _____

Tel. trabajo: _____ Celular: _____ Otros teléfonos: _____

Declaro que soy el representante legal del muestradante, que mi patria potestad o tutela no se han terminado o limitado de ninguna manera y que tengo la autoridad legal para dar consentimiento a la realización de los procedimientos en cuestión, en nombre del muestradante. Confirmando que he conocido el contenido del presente consentimiento informado, que el muestradante no presenta impedimento cultural, religioso u otro para la donación de la muestra, que la información que proporciono es correcta hasta donde yo sé y reconozco que es mi responsabilidad notificar a la institución que tomó la muestra de cualquier cambio de dirección del muestradante u otros datos.

De acuerdo con los términos del presente consentimiento informado, autorizo tomar la muestra sanguínea del muestradante identificado arriba, que su perfil genético sea extraído y procesado si es necesario que su nombre y otra información se almacenen en bases de datos confidenciales, con el sólo propósito de identificación de personas desaparecidas.

Lugar: _____
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento



Firma representante: _____ Fecha: dd / mm / aaaa

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA DESAPARECIDA

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Sexo: F M Tipo documento de identidad: _____ Número: _____

Fecha nacimiento: dd / mm / aaaa Edad al momento de desaparición: _____

Fecha presunta de desaparición: dd / mm / aaaa

Lugar presunto de la desaparición: _____
Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento y/o sector

(En caso que haya más de una persona desaparecida relacionada biológicamente con el muestradante, diligenciar el anexo CIUM. ANX.1 – Otros familiares desaparecidos)

OBSERVACIONES RELEVANTES PARA LA IDENTIFICACIÓN:

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADICIONAL PARA ESTUDIOS GENÉTICOS POBLACIONALES (OPCIONAL)

El estudio poblacional tiene como fin la realización de investigaciones científicas para determinar las características genéticas de la población colombiana, lo que fortalece los estudios genéticos de identificación humana, incluyendo la identificación en casos de desaparición.

Estoy de acuerdo con que mi perfil genético se desligue de mis datos personales (nombre y otros datos individualizantes) y sea utilizado como información anónima en investigación científica de carácter genético poblacional con fines de identificación humana. Dado el anonimato de mi perfil genético, entiendo que los resultados de los posibles estudios poblacionales no me serán informados.

Nombre muestreadante: _____

Pertenece a un grupo étnico: Si No Cuál: _____

Fecha nacimiento: dd / mm / aaaa Lugar de nacimiento: _____

Departamento, ciudad, municipio, vereda, corregimiento

Lugar de residencia últimos cinco (5) años: _____

Lugar de nacimiento del padre biológico del muestreadante: _____

Lugar de nacimiento de la madre biológica del muestreadante: _____

Firma muestreadante/representante legal: _____

ESPACIO PARA EL SERVIDOR QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO. Confirmo que:

- He preguntado si la persona posee algún impedimento para donar la muestra.
- He preguntado los antecedentes clínicos del muestreadante y me ha informado lo siguiente:
 1. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos tres (3) meses? Si No
 2. ¿Ha recibido trasplantes de médula ósea en los últimos seis (6) meses? Si No
 3. ¿Sufre de alguna enfermedad infectocontagiosa como hepatitis o SIDA? Si No
- Le he explicado al muestreadante el propósito y el proceso de toma de muestra.
- He puesto mi mayor diligencia en el registro de datos en este formato.
- La información registrada corresponde a la suministrada por el muestreadante o los documentos presentados.
- He revisado el listado de otros posibles muestreadantes y he indicado la necesidad de su ubicación y toma de muestra.
- He verificado que en la tarjeta de toma de muestra y todos los documentos que la acompañan, se han registrado el nombre del muestreadante, su documento de identidad y los números de referencia de la muestra.
- La toma se ha realizado de acuerdo con los principios de bioseguridad, cadena de custodia y manejo de evidencia.
- He entregado al muestreadante una constancia del presente proceso.

Nombre funcionario: _____

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Número documento de identidad: _____ Institución/ ciudad: _____

Cargo: _____ Código: _____ Firma: _____

INFORMACIÓN DE QUIEN RECOLECTA LA MUESTRA:

Nombre completo: _____

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Número documento de identidad: _____ Institución/ciudad: _____

Cargo: _____ Firma: _____

SEGUIMIENTO DEL CASO (INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE BÚSQUEDA E INVESTIGACIÓN)

Esta sección se diligencia en el momento de recolección de la muestra o posteriormente dependiendo de la disponibilidad de la información.

Número proceso/radicado: _____ Número Único Noticia Criminal: _____

Fecha y lugar de Exhumación: _____ Acta: _____ Fosa: _____

Número de Registro de Desaparecido: _____ Protocolo de necropsia: _____

Oficio solicitud de toma: _____ Fecha: dd / mm / aaaa

Autoridad solicitante (despacho, ciudad): _____

Otro número (ej. protocolo, OT, etc.; especifique): _____

Quien realiza el seguimiento: _____

nombre completo

código, número de identificación y firma

Consentimiento informado único para la toma y procesamiento de muestras sanguíneas de referencia para la identificación genética de personas desaparecidas, versión 1, acta N° 19 – 09 del Centro Único Virtual de Identificación. Este formato se constituye como evidencia por lo tanto se encuentra protegido bajo los artículos 254 a 256 del Código de procedimiento penal (Ley 906 de 2004) y el Manual de cadena de custodia (Resolución FGN No. 06394 de 2004). Reglamentado: Artículo 5, Ley 1408 de 2010. Resolución 0-2760, Noviembre 22 de 2010 del Fiscal General de la Nación. Página 3 de 3

	CONSTANCIA DESPRENDIBLE	Número: _____ Institución: _____	Código de barras
--	--------------------------------	-------------------------------------	------------------

_____ confirma que el dd / mm / aaaa , en _____

Entidad, seccional, unidad, dependencia, etc.

Lugar, ciudad o municipio, departamento

Si No fue tomada muestra sanguínea, y fue diligenciado el correspondiente consentimiento informado de :

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

(En caso de muestreadante menor de edad o adulto en condición de discapacidad, la toma Si No la autorizó quien declaró ser su representante legal: _____)

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

En caso de que se haya tomado la muestra, se consta que se hizo con el propósito de la búsqueda e identificación de personas desaparecidas bajo los términos del Consentimiento informado único para la toma y procesamiento de muestras sanguíneas de referencia para la identificación genética de personas desaparecidas.

Para hacer seguimiento al procesamiento de la muestra o en caso de requerir información adicional sobre el proceso de búsqueda, identificación de personas desaparecidas y otra relacionada, comunicarse con la Fiscalía General de la Nación a la línea de atención gratuita nacional 01 8000 916999.