

No escriba en esta zona gris. Sólo uso interno para Juno Genetics	Número de Juno Genetics	Fecha de recepción	Recibido por

El formulario de recogida de muestras se aceptará si se han rellenado completamente todos los campos obligatorios marcados con ().
** Además, en caso de otras muestras, reutilice este formulario

TIPO DE PRUEBA con el que se relacionan la(s) muestra(s) :	DATOS DE LA CLÍNICA REMITENTE
<input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> PGT-A Hallazgos incidentales <input type="checkbox"/> PGT-SR Hallazgos incidentales <input type="checkbox"/> Otros: _____	Nombre de la clínica * Clínico remitente * Correo electrónico de contacto *

MUESTRA 1			
Nombre y apellidos *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
Clínica ID *		Donante de gametos *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha recogida muestra*	
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Relación con los preembriones para PGT *	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros: _____	Seleccione una o ambas opciones: <input type="checkbox"/> Filiación materna <input type="checkbox"/> Filiación paterna	

MUESTRA 2			
Nombre y apellidos *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
Clínica ID *		Donante de gametos *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha recogida muestra*	
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Relación con los preembriones para PGT *	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros: _____	Seleccione una o ambas opciones: <input type="checkbox"/> Filiación materna <input type="checkbox"/> Filiación paterna	

MUESTRA 3			
Nombre y apellidos *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
Clínica ID *		Donante de gametos *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha recogida muestra*	
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Relación con los preembriones para PGT *	<input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros: _____	Seleccione una o ambas opciones: <input type="checkbox"/> Filiación materna <input type="checkbox"/> Filiación paterna	