

**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
"CUATRO CAMINOS"**

CARTA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Naucalpan Estado de México a _____ de _____ de 2020.

DATOS PERSONALES

(favor de llenar con letra MAYÚSCULA)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

DOMICILIO ACTUAL: _____

EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **TELÉFONO** _____ Y

CORREO ELECTRONICO _____ **ACREDITO MI PERSONALIDAD CON**

CREDENCIAL DE ELECTOR CON NUMERO DE CLAVE: _____

1.-Procedimiento; TOMA DE MUESTRA PARA REALIZAR PRUEBAS DE LABORATORIO

2.-Plan de manejo: ASEPSIA Y PUNCIÓN VENOSA EN EXTREMIDAD SUPERIOR

Resultados esperados: OBTENCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE.

3.-Riesgos y complicaciones: LEVES (SANGRADO EN SITIO DE PUNCIÓN, LESIÓN NERVIOSA, HEMORRAGIA, HEMATOMA), SEVEROS (TAPONAMIENTO CARDIACO, INFECCIÓN DEL SITIO PUNCIONADO, ARRITMIA CARDIACA, SINCOPE).

4.-Alternativas de manejo: PUNCIÓN EN REGIONES DE CUELLO O EXTREMIDAD INFERIOR, BAJO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

5.- Validez de las Pruebas Realizadas: LAS PRUEBAS REALIZADAS EN EL LABORATORIO CUATRO CAMINOS TENDRÁN UNA VALIDEZ DEPENDIENDO DE LOS PERIODOS DE INCUBACIÓN EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (SÍFILIS, HEPATITIS B Y C, V.I.H.) DIFIEREN EN TIEMPO Y CONDICIONES DEL PACIENTE.

6.- ACTO AUTORIZADO:

Acepto y Autorizo libre y voluntariamente: la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el **VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**, por la técnica de análisis Inmunocromático, He comprendido que la validez de mis estudios manifiesta mi estado de salud actual a partir de la toma de mi muestra y que no tendrán una validez para posteriores pruebas y diagnósticos. He entendido todas las referencias al riesgo-beneficio esperado. He comprendido que se podrán necesitar de más pruebas realizadas por otro laboratorio para confirmar **SI EL RESULTADO ES REACTIVO** y también que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta, donde el laboratorio mantendrá resguardado mis resultados de la prueba positiva durante el tiempo estipulado en la legislación vigente en la materia. Además, estoy Enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo de acuerdo a la LEY GENERAL DE SALUD arts.51, 51 BIS, 51 BIS 2, antes y después de que se me tome la muestra y que **NO** podré hacerlo después de que se me entreguen mis resultados.

Nombre y firma del interesado

Nombre y Firma del testigo

A LA FIRMA DEL PRESENTE, MANIFIESTO QUE NO EXISTE DE MI PARTE CONFUSIÓN, ENGAÑO, DOLO, MALA FE, VIOLENCIA, ERROR O CUALQUIER VICIO DEL CONSENTIMIENTO O DE LA VOLUNTAD DE ALGUNO, QUE HE LEÍDO, CONOZCO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS EN QUE SE LLEVARAN A CABO LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA ASPIRANTE AL EJERCITO Y FAM, Y ASUMO DE FORMA PERSONAL LOS RIESGOS Y RESPONSABILIDADES QUE SE PUEDAN DERIVAR DE LOS MISMOS Y ES MI EXPRESA VOLUNTAD TOMAR PARTE EN EL.

**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
"CUATRO CAMINOS"**

CARTA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Naucalpan Estado de México a ____ de _____ de 2020.

DATOS PERSONALES

(favor de llenar con letra MAYÚSCULA)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOMICILIO ACTUAL: _____
EDAD: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **TELÉFONO** _____ **Y**
CORREO ELECTRONICO _____ **ACREDITO MI PERSONALIDAD CON**
CREDENCIAL DE ELECTOR CON NUMERO DE CLAVE: _____

- 1.-Procedimiento; ____ TOMA DE MUESTRA PARA REALIZAR PRUEBAS DE LABORATORIO
- 2.-Plan de manejo: _TOMA DIRECTA EN SANITARIO BAJO VIGILANCIA DEL PERSONAL DE LABORATORIO CUATRO CAMINOS
- Resultados esperados: ____ OBTENCIÓN DE MUESTRA DE ORINA.
- 3.-Riesgos y complicaciones: NINGUNA
- 4.-Alternativas de manejo: RECOLECCIÓN POR Sonda URETRAL.
- 5.- Validez de las Pruebas Realizadas: LAS PRUEBAS DE DROGAS DE ABUSO REALIZADAS EN EL LABORATORIO CUATRO CAMINOS TENDRÁN UNA VALIDEZ DE 24 HRS, DEBIDO A QUE EL CONSUMO DE DROGAS PUEDE SER EN CUALQUIER MOMENTO.
- 6.- Acto autorizado:

Acepto y Autorizo libre y voluntariamente: la realización de estudios de laboratorio para la detección de **DROGAS DE ABUSO; COCAÍNA MARIJUANA Y ANFETAMINAS (EXAMEN TOXICOLÓGICO)**, por la Técnica de Análisis Inmunocromatográfico, He comprendido que la validez de mis estudios manifiesta mi estado de salud actual a partir de la toma de mi muestra y que no tendrán una validez para posteriores pruebas y diagnósticos. He entendido todas las referencias al riesgo-beneficio esperado. He comprendido que se podrán necesitar de más pruebas realizadas por otro laboratorio para confirmar **SI EL RESULTADO ES POSITIVO** y también que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejarán en forma confidencial y discreta, donde el laboratorio mantendrá resguardada la muestra positiva durante el tiempo estipulado en la legislación vigente en la materia. Además, estoy Enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo de acuerdo a la LEY GENERAL DE SALUD arts.51, 51 BIS, 51 BIS 2, antes y después de que se me tome la muestra y que **NO** podré hacerlo después de que se me entreguen mis resultados.

Indique si está bajo tratamiento Médico y diga que medicamento está tomando:

Nombre y Firma del Interesado

Nombre y Firma del Testigo

A LA FIRMA DEL PRESENTE, MANIFIESTO QUE NO EXISTE DE MI PARTE CONFUSIÓN, ENGAÑO, DOLO, MALA FE, VIOLENCIA, ERROR O CUALQUIER VICIO DEL CONSENTIMIENTO O DE LA VOLUNTAD ALGUNO, QUE HE LEÍDO, CONOZCO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS EN QUE SE LLEVARAN A CABO LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA ASPIRANTE AL EJERCITO Y FAM, Y ASUMO DE FORMA PERSONAL LOS RIESGOS Y RESPONSABILIDADES QUE SE PUEDAN DERIVAR DE LOS MISMOS Y ES MI EXPRESA VOLUNTAD TOMAR PARTE EN EL.

AVISO DE PRIVACIDAD

El presente documento constituye el Aviso de Privacidad para efectos de lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares ("LFPDP") y las disposiciones que emanan de ella o se relacionan con la misma. Este Aviso de Privacidad aplica a la información personal recopilada por **LABORATORIO CUATRO CAMINOS**, el cual es responsable de recabar sus datos personales, el tratamiento que se le dé a los mismos y de su protección. La información personal que nos proporcione, será utilizada para: **COMPROBAR SU IDENTIDAD**, en la administración de los servicios del **LABORATORIO CUATRO CAMINOS**, encuestas de calidad y satisfacción del cliente, incorporación de nuevos estudios, para **SU LOCALIZACIÓN**, el envío de resultados vía correo electrónico, avisos acerca de cambio de domicilio, nuevos estudios, promociones, cuando la ley o alguna autoridad lo requiera, para solicitarle actualización de sus datos y documentos de identificación, y en general para hacer cumplir nuestros términos, condiciones, operación, funcionamiento y administración del Laboratorio. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los datos personales y/o sensibles, que de manera enunciativa y no limitativa pueden ser los siguientes:

1. Nombre completo (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre (s))
2. Domicilio Particular Actual (Calle, Número exterior, y en su caso, interior, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad o Población y Entidad Federativa)
3. Edad
4. Fecha de Nacimiento.
5. Teléfono o teléfonos que se refieran para su localización, cuando cuenten con éstos.
7. Dirección de correo electrónico, cuando cuenten con ésta.
9. Identificación oficial (Clave Única del Registro de Población (CURP), credencial para votar (INE), cartilla de servicio militar).
10. Estado de salud, enfermedades, cirugías, algunos de sus hábitos y/o características físicas como su peso, estatura, actividades deportivas, consumo de alcohol o uso de sustancias psicotrópicas, drogas o estupefacientes, y demás información personal y/o sensible.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al procedimiento de toma de muestra sanguínea y orina así mismo de revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado.

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales del **Laboratorio Cuatro Caminos** bajo la responsabilidad del **Lic. Genaro Sánchez Antonio, Administrador del mismo**, cuya finalidad es contar con información fidedigna de los pacientes. Asimismo le informamos que sus datos personales pueden ser transferidos y tratados por personas distintas a este Laboratorio. En este sentido su información puede ser compartida con afiliadas y no afiliadas, a algún tercero en que la divulgación sea necesaria para la eficaz operación del laboratorio para:

- a) Ofrecer un servicio adecuado a las necesidades.
- b) Brindar un mejor servicio
- c) Mejorar los procesos implementados en este Laboratorio
- d) Prevenir, detectar y reportar los actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión del delito.

Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales puedan ser transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

Si usted **NO** desea dejar de recibir mensajes promocionales de nuestra parte puede solicitarlo a través del responsable de datos personales. Cualquier modificación a este aviso de privacidad, será notificada.

Firma de ENTERADO del Paciente

Fecha de última actualización: Enero de 2018

ATENTAMENTE
LIC. GENARO SÁNCHEZ ANTONIO
ADM. DE LABORATORIO CUATRO CAMINOS