

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VENOPUNCIÓN - FLEBOTOMÍA**

FOLIO: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FOLIO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REALIZAR EL LLENADO DE LA SOLICITUD CON LETRA LEGIBLE SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexo: F M**

**Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno**

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono (s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIA MES AÑO**

**DIRECCION:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Calle No. Colonia C.P. Municipio Estado** Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A QUIEN CORRESPONDA

SOLICITAN ESTUDIOS CON ORDEN MEDICA: **SI** **NO**

Solicito me realicen los siguientes estudios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tratamientos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Condición maternal   \_\_\_\_ Embarazo \_\_\_\_ Lactancia      Fecha de última menstruación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, autorizo al personal de “GARU Análisis Clínicos” para realizar el procedimiento para la toma de la muestra sanguínea o cualquiera que fuere según lo requerido en el presente consentimiento.

Así mismo me hago sabedor de que la obtención de la muestra es un acto médico que puede causarme molestias y que puede originar ciertos riesgos ya sea por circunstancias anatómicas o patológicas propias y ello puede dificultar la toma de muestra y podría sufrir ciertas molestias, o incluso lesiones o hematomas, lo cual es normal en todo acto médico.

Declaro que he leído y comprendido la información sobre la toma de muestra que se me ha proporcionado, así como también la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias para la aclaración de mis dudas sobre dicho procedimiento, las cuales han sido contestadas de manera satisfactoria y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Entiendo tácitamente que la calidad de un resultado de laboratorio depende de la calidad de la muestra, por lo que ofreceré mi mejor colaboración en los términos que indique “GARU Análisis Clínicos” y asistiré al llamado que se me haga, en caso de que por cualquier motivo, se requiera la obtención de muestras adicionales. Mi falta de colaboración no es causa de cancelación de la orden de análisis, ni devolución del pago correspondiente.

Tratándose de que el paciente sea menor de edad o tenga alguna discapacidad, las reglas anteriores son aceptadas en todos sus términos por su familiar responsable o tutor legal, en su caso.

Manifiesto mi conformidad con la fecha de entrega de resultados podría modificarse de forma imprevista cuando el proceso analítico se prolongue por razones técnicas o cuando el criterio profesional indique confirmar la exactitud de los resultados. También acepto los términos y condiciones del aviso de privacidad descrita al reverso del presente consentimiento.

**Entrega de resultados: \_\_\_\_ Impreso \_\_\_\_ Vía WhatsApp personal \_\_\_\_ Vía WhatsApp del médico**

**\_\_\_\_ Vía Correo electrónico personal \_\_\_\_ Vía Correo electrónico del médico.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de autorización Fecha Testigo (nombre completo y firma)

(Paciente o Responsable)

**AVISO DE PRIVACIDAD**

C:\Users\Administracion Garu\Desktop\KNV ADMI\4202050chatlogosocialsocialmediawhatsapp-115638_115663.jpg

GARU Análisis Clínicos, con domicilio en Vicente Guerrero No.90, Col. San Francisco Xonacatlan de Vicencio, C.P. 52060 7291295078, hace de su conocimiento que los datos personales de usted, incluyendo los datos sensibles que actualmente o que en el futuro obren en nuestros expedientes o bases de datos serán tratados de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (la Ley). Los datos se obtienen para los siguientes fines:

ENTREGA DE RESULTADOS:

* Impreso.
* Vía WhatsApp personal.
* Vía WhatsApp del médico.
* Vía Correo electrónico personal.
* Vía Correo electrónico del médico.

Por ética profesional, “GARU Análisis clínicos” no dará información a los pacientes sobre posibles interpretaciones de los resultados, de los análisis, sobre posibles diagnósticos médicos ni sobre los tratamientos indicados. Conforme a lo dispuesto y en cumplimiento a la NOM-007-SSA3-2011; pues estas son funciones exclusivas de su médico.

Estimado paciente le informamos que por : NOM-007-SSA3-2011 **4.4.3** Deberá mantenerse la confidencialidad de toda la información relacionada con los resultados de los estudios de laboratorios realizados, **excepto cuando sea solicitada en forma escrita por la autoridad competente y en los casos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de vigilancia epidemiológica.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VENOPUNCIÓN – FLEBOTOMÍA**

**FUNDAMENTO**

La Venopunción o flebotomía, es un procedimiento frecuente en el laboratorio clínico para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar análisis clínicos y cuyo informe de resultados coadyuvan con el médico tratante para establecer un diagnóstico certero, monitorizar afecciones de salud crónicos o en forma preventiva. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

**RIESGOS Y/O COMPLICACIONES**

Al momento de realizar la toma de muestra, es posible que se presenten este tipo de riesgos:

* Dolor leve al pinchazo con la aguja.
* Es posible se puedan formar hematomas (moretes) en el lugar de punción; esto debido a que la vena es de pequeño calibre y frágil, el cual, mejorará utilizando medidas locales.
* En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.
* Sangrado excesivo por el calibre grueso de la vena.
* Desmayo o sensación de mareo.
* Posible infección en el lugar de punción si no se siguen las medidas de higiene recomendadas por el flebotomista.
* Varias punciones: debido a que el tamaño de las venas puede variar considerablemente de una persona a otra, es un factor para que aumente la dificultad de encontrar una vena adecuada para la extracción de sangre.
* Es posible que la punción cause una flebitis, que esta se manifiesta con signos como sensibilidad en la vena, dolor en el sitio de punción, enrojecimiento e inflamación.
* En algunas ocasiones, se puede presentar Celulitis, esto debido a que las bacterias propias de la piel, penetren dentro del tejido al momento de realizar la punción y causen infección e inflamación. El tejido se puede tornar rojizo, irritado, indurado, doloroso y caliente; el tratamiento puede requerir de antibi

En caso de que se presentara alguno de los riesgos o complicaciones respecto al aviso de consentimiento comunicarse de inmediato al laboratorio

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_