

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VENOPUNCIÓN - FLEBOTOMÍA**

DOMICILIO DE LA SUCURSAL

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

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

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

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

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

 **Teléfono (s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DIA MES AÑO**

 **Nombre del médico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito me realicen los siguientes estudios: **LOS DATOS SUBRAYADOS SON LOS QUE NECESITAMOS QUE EL SISTEMA NO LOS PROPORCIONE**

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

OBSERVACIONES:

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

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.

Para mayor información acerca del tratamiento y uso de los derechos ARCO , usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la dirección electrónica [www.garusis.com.mx](http://www.garusis.com.mx). El pago de los servicios integrales de salud implica la aceptación de los términos y condiciones del aviso de privacidad.

**Entrega de resultados: \_\_\_\_ Impreso \_\_\_\_\_\_ Descargar resultados en la página web \_\_\_ Link para descarga de resultados WhastsApp**

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

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

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

 (Paciente o Responsable)