Consentimiento informado

Por medio de la firma expresa en este documento acepto las condiciones del contrato de prestaciones con Laboratorio Clínico San Francisco, mismo que puede conocerse en la página internet: www.laboratoriosanfrancisco.mx

MUESTRAS SANGUINEAS	☐
NASOFARINGEAS Y/O FARINGEAS	☐
EXUDADO CERVICO-VAGINAL	☐
EXUDADO URETRAL	☐
HECES POR SONDA	☐
TAMIZ NEONATAL	☐
DETECCION DE ETS	☐
EXAMEN TOXICOLOGICO	☐
DATOS PERSONALES	☐

Los laboratorios clínicos San Francisco informaron sobre los procedimientos para obtener muestras. Y de acuerdo a la solicitud médica, se seleccionará e informarán los pasos para obtener la(s) muestra(s) requeridas en los estudios de laboratorio.

Es importante mencionar que todo el material que se ocupa en los diferentes procedimientos es nuevo, estéril y desechable, y que, si el paciente o su tutor tienen dudas sobre el procedimiento, pueden solicitar más información al personal de la salud del laboratorio.

Yo _____
_____ acudo por voluntad propia, otorgo mi consentimiento y autorizo al personal del Laboratorio Clínico San Francisco para realizar la toma de muestra. Declaro que he leído y comprendido la información sobre el procedimiento y los posibles riesgos que pueden presentarse, he tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento y firmo por mi libre voluntad sin haber estado sujeto(a) a ningún tipo de presión, por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al personal de laboratorio para la toma de muestra.

Nombre y firma del paciente o Tutor