

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA DE EXUDADO VAGINAL

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELÉFONO: _____

LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos.

De conformidad con la Ley General de Salud, la **NOM-007-SSA3-2011** y demás disposiciones aplicables en materia sanitaria, por medio de la presente manifiesto que he recibido información clara, suficiente y comprensible respecto al procedimiento de toma de muestra de exudado vaginal.

Declaro que:

- 1. Se me explicó en qué consiste el procedimiento, el cual será realizado por personal capacitado y bajo condiciones de privacidad, higiene y confidencialidad.
- 2. Comprendo que la toma de muestra consiste en la obtención de material biológico vaginal mediante hisopo y/o dispositivo médico adecuado para fines diagnósticos de laboratorio clínico.
- 3. He recibido indicaciones preanalíticas y tuve oportunidad de realizar preguntas, mismas que fueron respondidas satisfactoriamente.
- 4. Entiendo que el procedimiento puede ocasionar molestias leves y transitorias, sin representar generalmente un riesgo mayor para mi salud.
- 5. Autorizo de manera libre y voluntaria la realización de la toma de muestra y el procesamiento del estudio solicitado.
- 6. Autorizo el manejo confidencial de mi información clínica y resultados, conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales y expediente clínico.

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA LEGALMENTE INCAPAZ

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

DATOS DEL PERSONAL DE LABORATORIO

FIRMA Y NOMBRE

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA DE EXUDADO URETRAL

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

SEXO: M F

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TELÉFONO: _____

LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos.

Con fundamento en la Ley General de Salud, la **NOM-007-SSA3-2011** para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables, por medio de la presente manifiesto que he recibido información clara, suficiente y comprensible respecto al procedimiento de toma de muestra de exudado uretral.

Declaro que:

- 1. Se me explicó en qué consiste el procedimiento, el cual será realizado por personal capacitado, bajo condiciones de privacidad, higiene, bioseguridad y confidencialidad.
- 2. Comprendo que la toma de muestra consiste en la obtención de material biológico de la uretra mediante hisopo y/o dispositivo médico adecuado, con fines diagnósticos de laboratorio clínico.
- 3. Entiendo que el procedimiento puede ocasionar molestias leves, ardor momentáneo, incomodidad o sensibilidad transitoria posterior a la toma de muestra.
- 4. He recibido y comprendido las indicaciones preanalíticas necesarias para la correcta realización del estudio, incluyendo las recomendaciones previas de higiene y abstinencia urinaria cuando aplique.
- 5. Tuve oportunidad de realizar preguntas y todas mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.
- 6. Autorizo de manera libre y voluntaria la realización de la toma de muestra y el procesamiento de los estudios solicitados.
- 7. Comprendo que mis datos personales, información clínica y resultados serán manejados bajo estricta confidencialidad conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales y expediente clínico.
- 8. Declaro que el procedimiento se realiza con apego a la normatividad sanitaria vigente.

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O PERSONA LEGALMENTE INCAPAZ

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

DATOS DEL PERSONAL DE LABORATORIO

FIRMA Y NOMBRE

CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: M F

IDENTIFICACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos

Con fundamento en la Ley General de Salud, la **NOM-007-SSA3-2011** para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables, por medio de la presente el(la) suscrito(a) otorga su consentimiento informado para la realización de la toma de muestra sanguínea al menor referido en este documento.

Declaro que:

- 1. He recibido información clara, suficiente y comprensible respecto al procedimiento de toma de muestra sanguínea que será realizado al paciente pediátrico.
- 2. Comprendo que el procedimiento consiste en la obtención de una muestra de sangre mediante punción venosa y/o capilar, realizada por personal capacitado, utilizando material estéril y bajo medidas de seguridad, higiene y bioseguridad.
- 3. Entiendo que el procedimiento puede ocasionar molestias leves, dolor momentáneo, hematoma, ansiedad o sangrado mínimo en el sitio de punción, sin representar generalmente un riesgo mayor para la salud del menor.
- 4. He recibido y comprendido las indicaciones preanalíticas necesarias para la correcta realización de los estudios solicitados.
- 5. Se me brindó la oportunidad de realizar preguntas y todas mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.
- 6. Autorizo de manera libre y voluntaria la realización de la toma de muestra y el procesamiento de los estudios de laboratorio correspondientes.
- 7. Comprendo que la atención será proporcionada en apego al interés superior del menor, procurando en todo momento un trato digno, respetuoso y humanizado, así como la disminución del dolor, temor y ansiedad durante el procedimiento.
- 8. Entiendo que el menor tiene derecho a estar acompañado por su padre, madre o tutor durante el procedimiento, cuando las condiciones lo permitan.
- 9. Autorizo el manejo de la información clínica y resultados bajo estricta confidencialidad, conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales y expediente clínico.
- 10. Declaro que la atención y procedimiento se realizan con apego a la normatividad sanitaria vigente.

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

DATOS DEL PERSONAL DE LABORATORIO

FIRMA Y NOMBRE

CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: M F

IDENTIFICACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ACOMPAÑAMIENTO Y CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA TOMA DE MUESTRA A DOMICILIO

En apego a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables, LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos establece que:

En caso de tratarse de pacientes pediátricos, geriátricos, personas con discapacidad, con deterioro cognitivo, limitaciones físicas, alteraciones neurológicas o cualquier condición que limite su capacidad de comprensión, comunicación o toma de decisiones, será obligatorio que durante la toma de muestra se encuentre presente un padre, madre, tutor, representante legal o adulto responsable.

El acompañante deberá permanecer durante todo el procedimiento con la finalidad de:

- brindar apoyo y seguridad al paciente,
- facilitar la comunicación con el personal de salud,
- autorizar procedimientos cuando corresponda,
- y garantizar el bienestar físico y emocional del paciente.

Asimismo, el paciente, familiar, tutor o responsable del domicilio se compromete a proporcionar condiciones adecuadas de seguridad para el personal de salud que realiza la toma de muestra a domicilio, evitando cualquier situación que represente riesgo físico, agresión, intimidación, hostigamiento, acoso o violencia verbal o física.

En caso de existir mascotas dentro del domicilio, incluyendo perros u otros animales, éstos deberán permanecer controlados, resguardados o aislados durante todo el procedimiento, a fin de prevenir accidentes, mordeduras, caídas o cualquier situación que ponga en riesgo la integridad física del personal del laboratorio.

LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos podrá suspender, cancelar o reprogramar el servicio cuando no existan condiciones adecuadas de seguridad para el paciente o para el personal prestador del servicio.

Todo procedimiento será realizado por personal capacitado, bajo medidas de bioseguridad, confidencialidad y con apego a la normatividad sanitaria vigente.

DATOS DEL TUTOR

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

DATOS DEL PERSONAL DE LABORATORIO

FIRMA Y NOMBRE

AUTORIZACIÓN PARA ENVÍO DE RESULTADOS VÍA WHATSAPP Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS

FECHA: _____ HORA: _____ NO. FOLIO: _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: M F

IDENTIFICACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

Con fundamento en la Ley General de Salud, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la NOM-007-SSA3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, así como demás disposiciones sanitarias aplicables en México, por medio de la presente autorizo de manera libre y voluntaria a LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos para el envío de resultados de estudios clínicos mediante aplicaciones de mensajería electrónica, incluyendo WhatsApp, correo electrónico y otros medios digitales autorizados.

Declaro que:

1. El número telefónico y/o medio electrónico proporcionado corresponde a mi persona o a un contacto autorizado por mí para la recepción de información clínica.
2. Comprendo que los resultados enviados mediante aplicaciones de mensajería electrónica pueden implicar riesgos inherentes relacionados con privacidad, confidencialidad, acceso no autorizado, errores de envío, pérdida de información o fallas tecnológicas ajenas al laboratorio.
3. Entiendo que LUOR Laboratorio de Análisis Clínicos implementa medidas administrativas, técnicas y de confidencialidad razonables para la protección de mis datos personales y resultados clínicos, conforme a la normatividad vigente.
4. Autorizo el envío de resultados, indicaciones, notificaciones y documentación relacionada con mis estudios clínicos a través de medios electrónicos y/o WhatsApp.
5. Comprendo que es mi responsabilidad resguardar adecuadamente la información recibida en mis dispositivos electrónicos y evitar el acceso por terceros no autorizados.
6. Entiendo que algunos estudios considerados sensibles, confidenciales o de manejo especial podrán requerir validación adicional de identidad o entrega presencial.
7. Declaro que tuve oportunidad de realizar preguntas respecto al manejo de mis datos personales y medios electrónicos de entrega de resultados.
8. Comprendo que el laboratorio deberá respetar en todo momento la dignidad, intimidad y confidencialidad del paciente, conforme a lo establecido en la NOM-007-SSA3-2011.
9. En caso de pacientes pediátricos, geriátricos o personas legalmente incapaces, manifiesto que cuento con facultades como padre, madre, tutor o representante legal para autorizar la recepción de resultados clínicos.
10. Declaro que esta autorización se otorga con apego a la normatividad sanitaria vigente en México.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR