

CONSENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN DROGAS DE ABUSO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....,
Empresa:..... Cargo:.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Su médico ha solicitado un examen para lo que necesitamos una muestras de orina con el propósito de determinar si en ellas existen metabolitos de Cocaína, Marihuana, Anfetaminas, Opiáceos, Benzodicepinas y Alcohol.¹

¹. La detección en menores de 18 años deberá ser con consentimiento de sus padres y/o tutor legal.

3. DECLARO

Que mi decisión es la siguiente (marcar con una X):

VOLUNTARIA: Usted decide si quiere o no hacerse el examen.

CON CONSENTIMIENTO: Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria no alterará su derecho de atención.

SI _____ acepto realizarme el examen de detección de drogas en orina o realizárselo a mi representado.

NO _____ acepto realizar el examen de detección de drogas en orina o realizárselo a mi representado.

4. CONSENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN.Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....