

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE _____ EDAD _____

TIPO DE DOCUMENTO*: (Señale con una X) CC TI RC CE OTRO CUAL: _____

NUMERO DE DOCUMENTO: _____ SEDE: _____

FECHA: AÑO - MES - DIA HORA: _____.

*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil CE: Cedula de extranjería

SEÑOR(A) USUARIO (A)

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **clara** y **suficiente** acerca del estudio y/o procedimiento a realizar, el cual permitirá al personal de salud hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y solicite explicación al personal que le brindara la atención en caso de inquietudes.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La prueba se realiza examinando su muestra de orina y/o suero y/o sangre total para detectar la presencia de las sustancias psicoactivas tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas, éxtasis, benzodiazepinas, opiáceos y sustancias similares o derivadas.

Comprendo que, para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, un personal de la salud me acompañará durante la toma de esta y que se mantendrá la confidencialidad del resultado de esta prueba.

Hago constar que he informado al profesional de la salud sobre los medicamentos que he consumido hoy y en los días previos a la toma de este examen y entiendo que un resultado positivo de esta prueba, indica con alta probabilidad, de la presencia de esta(s) sustancia(s) en mi organismo.

No obstante, lo anterior, COLCAN S.A.S no será responsable por posibles sanciones, daños o perjuicios causados a mí o a terceros, derivados del uso de los resultados.

BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS

BENEFICIOS Esta prueba se realiza para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas, tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas, éxtasis, benzodiazepinas, opiáceos y sustancias similares o derivadas.

ALTERNATIVAS: Es su médico tratante quien determinará cuál es el estudio de elección de acuerdo con su condición de salud.

RIESGOS E IMPLICACIONES

RIESGOS: La obtención de muestras de orina no genera riesgo alguno para el paciente.

En el caso que en la primera toma no se logre la obtención satisfactoria de la muestra sanguínea, es posible que se requiera una segunda o tercera toma. Puede aparecer un ligero hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel), lo que comúnmente se denomina morado, que desaparecerá sin tratamiento al cabo de algunos días.

En casos excepcionales, podría presentarse inflamación de la vena (Flebitis), náuseas, vómito y desmayos antes o durante la punción. Sangrados más prolongados de los esperados (especialmente si toma anticoagulantes). Para controlarlo debe hacerse presión suave en el sitio de punción, con un algodón seco de 2 a 5 minutos, no sobar ni frotar. En caso de presentar inflamación aplicar hielo durante las 24 horas en el sitio de punción y en los siguientes días aplicar paños con agua tibia hasta que desaparezca el morado.

IMPLICACIONES: El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar un diagnóstico, resultado y tratamiento, previniendo la enfermedad y rehabilitando al paciente, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos.

En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico

AUTORIZACION DE PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

Yo _____ en calidad de paciente o persona responsable identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, los cuales por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

Acepto la realización del examen SI NO

Doy mi autorización para que mi muestra o los resultados de mi estudio sean usados para futuros proyectos de Investigación realizadas, bajo estricto uso anónimo de mi información personal, con el fin de contribuir al conocimiento científico en salud del Centro Médico Oftalmológico Y Laboratorio clínico Andrade Narváez S.A.S. **SI NO**

Firma Paciente o Persona responsable (parentesco)

Documento de identificación

Nombre y apellido del responsable de la atención

Documento o registro Profesional

DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo)

Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

Firma Paciente/Representante/Acudiente

Documento de identificación

Pegar los Sticker de ingreso.