CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Código: TOM-FOR-S00-24
Versión: 03
Fecha de emisión: 2023-05-16

Nombre del paciente: _____

Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ Número de documento: _____

Ciudad: _____ Fecha: AAAA MM DD

Por medio del presente documento, en forma libre y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Laboratorio Clínico COLCAN para efectuar las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas, tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas, éxtasis, benzodiacepinas, opiáceos y sustancias similares o derivadas.

La prueba se realiza examinando mi muestra de orina y/o suero y/o sangre total para detectar la presencia de las sustancias psicoactivas mencionadas anteriormente.

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.

Comprendo que, para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba.

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.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, Yo _____ identificado(a) con C/TI/RC _____
doy mi consentimiento para la toma de la muestra.

Firma (paciente o acudiente): _____
C.C: _____

Profesional responsable:

Nombre y firma: _____
Reg: _____

VIGILADO Supersalud