CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA

POR PUNCIÓN CAPILAR

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a _____.

Yo, _____ autorizo al personal del Laboratorio Clínico de Clínica De Medicina Deportiva S.A de C.V. para realizar la punción capilar de la muestra en mí o en el usuario_____

Procedimiento a realizar

La punción capilar es un procedimiento frecuente en el laboratorio clínico para la obtención de muestras de sangre total extraída a través de un leve pinchazo en la yema de alguno de sus dedos (regularmente índice o anular), los cuales son importantes para realizar análisis para clínicos y cuyos reportes son de apoyo para su médico.

Beneficios

Esclarecer diagnósticos, monitorizar afecciones de salud crónicos o en forma preventiva. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

Riesgos

En el momento de la toma de muestra de sangre por punción capilar, sentirá un leve dolor tipo pinchazo.

En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor leve, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales.

En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.

Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio Clínico al teléfono 7170410 o deje su queja o sugerencia en el buzón correspondiente.

Otras alternativas

Desafortunadamente hoy en día no se cuentan con alternativas que aseguren la confiabilidad de los resultados de los estudios realizados y que sean comparables con la técnica de toma de muestra por punción capilar.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información sobre la punción capilar, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Comprendo los riesgos que implica la toma de muestra sanguínea por punción capilar, he resuelto mis dudas en cuanto a ello y acepto que Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V y su personal, no se harán responsables de ningún gasto monetario derivado del proceso de toma de muestra, comprendo que el personal del laboratorio actuara de la manera más responsable, ética y profesional para evitar sufrir alguna consecuencia por los riesgos que implica la toma de muestra por punción capilar

_____

Firma del paciente o persona responsable

Documento de identidad _____matricula_____

Parentesco si es el caso_____

TESTIGOS

Firma _____ Firma _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Representante de laboratorio. Representante de Solicitante autorizado.

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA BY FIFA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162