



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA POR VENOPUNCIÓN

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 venopunción de la muestra en mí o en el
usuario _____

Procedimiento a realizar

La venopunción es un procedimiento frecuente en el laboratorio clínico para la obtención de muestras de suero ,
plasma y sangre total extraído a través de una muestra de sangre tomada de alguna de sus venas, los cuales son
importantes para realizar análisis clínicos y cuyos reportes son de apoyo para su médico.

Beneficios

Esclarecer diagnósticos, monitorizar afecciones de salud crónicas 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 venopunción, 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 de la vena,
infección o trombosis localizadas. 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 brinden la seguridad y confianza de un
estudio de laboratorio realizado en la sangre, plasma o suero de los pacientes.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información sobre la venopunción, 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 venopunción, 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 venopunción.

Firma del paciente o persona responsable

Documento de identidad _____matricula_____

Parentesco si es el caso _____

TESTIGOS

Firma _____

Nombre: _____

Representante de laboratorio.

Firma _____

Nombre: _____

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