



CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
DIRECCION MÉDICA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EXAMEN MÉDICO
Y ESTUDIOS DE GABINETE DE INGRESO**

Lugar y Fecha: _____

Nombre del colaborador: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aspectos a considerar: Es derecho de toda persona ser tratado con confidencialidad y privacidad, por lo que los resultados de las pruebas se manejan de forma reservada y no se divulgan más que con la autorización expresa de su parte, así mismo, la justificación para la realización de estas evaluaciones se encuentra conforme al artículo 36 del Reglamento de Atención Médica de la Ley General de Salud donde se establece que el personal que preste sus servicios en algún establecimiento de atención médica, en ningún caso podrá desempeñar sus labores si padece alguna de las enfermedades infecto-contagiosas motivo de notificación obligatoria.

AUTORIZACIÓN:

Al firmar este documento, yo _____ autorizo la realización de los siguientes estudios:

- Examen Médico (Entrevista y Exploración Física)
- Radiografía de Tórax
- Estudios de Laboratorio (Examen General de Orina, Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea Completa)
- Estudio para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Estudio para la detección de Virus de Hepatitis B y C
- Antidoping 7 elementos (Anfetaminas, Barbitúricos, Benzodiazepinas, Cocaína, Opiáceos, Fenciclidina, Marihuana)
- Estudio para la detección de la Fracción Beta de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana (Prueba de Embarazo)

Manifiesto que se me ha respondido a cada una de las preguntas que he planteado y se me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara los estudios propuestos.

Así mismo, se me informó que ninguno de los resultados será causal de negación al concurso de la vacante solicitada (Con excepción de los 7 elementos del Antidoping), siendo estos única y exclusivamente parámetros para el ingreso del personal a los programas de salud de los trabajadores.

También comprendo que en cualquier momento previo a la realización de lo arriba estipulado y sin dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora otorgo. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance de mi decisión.

Nombre Completo y Firma del Interesado

NO AUTORIZACIÓN

Al firmar este documento, yo _____ **NO** autorizo realizar las pruebas Arriba descritas y manifiesto que se me ha respondido a cada una de las preguntas que he planteado y se me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara los estudios propuestos.

Así mismo, se me informó que ninguno de los resultados será causal de negación al concurso de la vacante solicitada (Con excepción de los 7 elementos del Antidoping), siendo estos única y exclusivamente parámetros para el ingreso del personal a los programas de salud de los trabajadores.

Tomando en cuenta los aspectos a considerar antes descritos, y entendiendo los efectos que de esto pueda surgir, declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado.

Nombre Completo y Firma del Interesado