

Villahermosa Tabasco a \_\_\_\_\_ del 202\_\_.

## Consentimiento Informado para la Toma de Citología Anal y Virus del Papiloma Humano

Yo: \_\_\_\_\_

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

En forma voluntaria consiento que el (la) químico (a) farmacobiólogo \_\_\_\_\_ me realice una Toma de muestra anal de Citología y Virus del Papiloma Humano para el proceso de la prueba de VPH de 24 tipos de Alto Riesgo (16, 18, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, 68, 69, 73, 82, 97) y 1 de Bajo riesgo (70) con Genotipificación de: 16, 18 y 45, para ser analizada con fines diagnósticos o de control de salud.

Entiendo que este procedimiento se realiza tanto a hombres como a mujeres, y consiste en la toma de muestra de tejido rectoanal o de la periferia anal; que se realiza con ayuda de un citocepillo (Citobrush), la muestra tomada es depositada en un medio de transporte viral (MTV) para la detección de VPH en PCR en Tiempo Real.

He sido informado (a) y entiendo que como en todo procedimiento de laboratorio y por causas independientes del actuar del químico farmacobiólogo se pueden presentar riesgos durante el procedimiento, tales como:

- incomodidad anal
- ligero sangrado

Dentro de las ventajas de la realización de la Toma de muestra de Citología anal y Virus del Papiloma Humano se pueden señalar: aportar información muy útil sobre el diagnóstico o la evolución de una enfermedad de transmisión sexual o virus de papiloma humano lo que permitirá un tratamiento más adecuado.

Así mismo, comprendo que, de haber otra alternativa al procedimiento esta me será informado por mi médico tratante.

Declaro que he sido informado (a) plenamente sobre la naturaleza de este documento, así como los beneficios, alternativas, riesgos, probabilidades de éxito y las posibles complicaciones del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se me ha descrito y de las consecuencias que implica el no llevar a cabo el(los) procedimiento(s) que se me ha(n) indicado. He leído este documento y fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para que yo tome una decisión.

Acepto y autorizo a los profesionales de la salud de Bimo laboratorio para que me apliquen los procedimientos o medidas terapéuticas adicionales que sean necesarias para el mantenimiento de mi estado de salud en caso de ocurrir contingencias durante el procedimiento. Con fines

Documento controlado, prohibida su reproducción parcial o total, por cualquier medio sin autorización de bimo.

Diagnóstico Biomolecular S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 1344, Piso 2 Suite 245, Col. Tabasco 2000, C.P. 86035 Villahermosa, Centro Tabasco. [hola@bimo.com.mx](mailto:hola@bimo.com.mx) | Tel: 993 50002

## DIAGNOSTICO BIOMOLECULAR S.A. de C.V.

educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, también acepto y autorizo que se filme o se fotografié el área anatómica tratada en el curso del procedimiento, pero resguardando mi identidad.

Nota para el paciente, familiar o representante legal: Esta carta de CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PUEDE SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO mientras no haya iniciado el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma, dirección y teléfono de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma, dirección y teléfono de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico que realiza el procedimiento

### NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi (o en mi representado) el manejo consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal

Fecha de negación: \_\_\_\_\_.

### REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente. REVOCO el consentimiento otorgado en la fecha y es mi deseo no proseguir el manejo que se indica en mi (o en mi representado) a partir de la fecha, relevando de toda responsabilidad a \_\_\_\_\_ toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal

Fecha de revocación: \_\_\_\_\_

Documento controlado, prohibida su reproducción parcial o total, por cualquier medio sin autorización de bimo.

Diagnóstico Biomolecular S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 1344, Piso 2 Suite 245, Col. Tabasco 2000, C.P. 86035 Villahermosa, Centro Tabasco. [hola@bimo.com.mx](mailto:hola@bimo.com.mx) | Tel: 993 50002