

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

## Consentimiento Informado para Toma de Muestra Sanguínea

Yo: \_\_\_\_\_  
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

En forma voluntaria consiento que el (la) químico (a) farmacobiólogo \_\_\_\_\_ me realice una Toma de muestra sanguínea para ser analizada con fines diagnósticos o de control de salud.

Entiendo que este procedimiento consiste la venopunción, técnica por la cual se selecciona un sitio de punción, se desinfecta y se deja secar, con un catéter estéril se perfora una vena por vía transcutánea.

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:

- ligero sangrado, será necesario esperar a que cese
- aparición de un ligero hematoma en la zona del pinchazo, mismo que se resolverá sin tratamiento al cabo de unos días.
- riesgo leve de infección de la zona de punción

Dentro de las ventajas de la realización de la Toma de muestra sanguínea se pueden señalar: aportar información muy útil sobre el diagnóstico o la evolución de una enfermedad 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.

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

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 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 \_\_\_\_\_

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

Fecha de revocación: \_\_\_\_\_