

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO ZERBIT SAS

Fecha:_____.

Yo (nombre de paciente), _____, documento de identidad N° _____; en pleno uso de mis facultades mentales declaro que: he leído y/o me han explicado el documento **"CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO"**, y que para el presente caso se refiere a, toma de muestra: Sanguínea____ Ginecológica____, Otros_____, así como sus condiciones, posibles efectos y contraindicaciones.

Comprendo que la toma de muestra es voluntaria y que me puedo retractar de este consentimiento antes de que la muestra sea tomada.

Autorizo realizar la toma de muestra: SI_____ NO_____

Autorizo el envío de resultados al **CORREO ELECTRONICO y/o EN FISICO** y asumo la responsabilidad del uso de esta información y confidencialidad de mis resultados.

EMAIL: _____ ENTREGA FISICA (): _____

Teléfono: _____ Dirección: _____ Firma: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad o en condición de discapacidad):

_____ PARENTESCO: _____ FIRMA _____



RESULTADOS LAB CLINICO

Zerbit: teléfono
7517440-3178956464.
Av El Dorado N 68C-61 Oficina 524

CONSECUTIVO

FECHA DE ENTREGA

EMAIL

FISICO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Con la firma de este documento autorizo de manera voluntaria, previa, explícita e informada a **ZERBIT S.A.S. a usar y tratar mis datos personales para los fines relacionados con el desarrollo de su objeto social, en especial para la prestación de servicios de salud.** Así mismo como titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

ZERBIT S.A.S. actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. (Para mayor información consultar la Política de Protección de Datos y la Ley 1581 de 2012.).

Se firma en Bogotá, fecha: _____

Firma: _____

I.P.S. Zerbit
Servicios de Atención en Salud