

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DOSAJE DROGAS

Yo, \_\_\_\_\_

Identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, después de haber recibido la información acerca de la naturaleza y propósito del Dosaje de Drogas, doy mi **Consentimiento informado a LABORATORIOS CLINICOS MULTIPLES S.A.C. (MULTILAB)** para que se me realicen las pruebas.

Además declaro que la información necesaria que brindaré a continuación es totalmente verdadera:

#### ANTECEDENTES:

¿Sufre de alguna enfermedad? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Consumo algún medicamento? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma Mate de Coca? SI  NO  ¿Cuándo consumió la última vez? \_\_\_\_\_  
(Fecha y hora)

¿Mastica la hoja de Coca? SI  NO  ¿Cuándo consumió la última vez? \_\_\_\_\_  
(Fecha y hora)

¿Ha consumido algún medicamento o recibido un tratamiento de anestesia en las últimas 48 horas?

SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Además autorizo la entrega de mis resultados al Sr.(a).\_\_\_\_\_

Identificado con DNI N° \_\_\_\_\_

Registro en señal de conformidad mi firma y huella digital.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_



\_\_\_\_\_  
**FIRMA**  
**LEY N° 26842 Art. 4**

**NOTA:** En caso de pruebas positivas, la muestra evaluada será sellada en presencia del evaluado y se almacenará durante 1 mes para cualquier verificación posterior al resultado.