

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)

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

SI NO

¿Cuál? _____

Además autorizo al Sr(a) _____

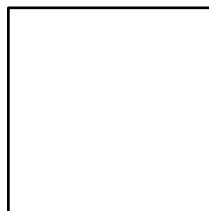
con DNI N°, _____ la entrega de mis resultados.

Acompañamiento durante toma de muestra: Acepto que un personal de salud acompañe en la recolección de la muestra. De no estar disponible un personal de mí mismo género estoy consciente que puedo solicitar la reprogramación, realizarme la prueba en otra sede de la empresa, o solicitar el reembolso de mis exámenes.

Rechazo de muestra: Acepto que el personal de laboratorio rechace mi atención en caso que éste considere que no ha sido tomada de manera adecuada. El rechazo de la muestra podrá ocurrir durante o después de la recolección de la muestra, por medio presencial o telefónico. En dicha situación se me hará la devolución del dinero.

Registro en señal de conformidad mi firma y huella digital.

Fecha: / / 202



FIRMA

NOTA: En caso de pruebas positivas, la muestra evaluada será almacenada durante 1 mes para cualquier verificación posterior al resultado.