



Formulario específico N° FE 07-03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE

Hoja 1 de 1

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio www.medarte.com.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE

Nombre y apellido del accidentado: / fuente:

.....

Nacionalidad: Estado civil: Fecha de nacimiento:.....

DNI: Domicilio calle:

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado por el Dr. sobre la necesidad de someterme a las pruebas diagnósticas para la detección indirecta, del virus que trasmite el sida (HIV), mediante la técnica Elisa o similar.

A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el virus HIV.

Por todo lo expuesto, consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica, y en el caso de que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

NOTA: el presente consentimiento abarca también los diagnósticos serológicos de hepatitis B y C.

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

EN CASO DE NO CONSENTIMIENTO:

NO consiento realizarme estudio serologico habiendo sido informado de los riesgos respecto a mi salud y de la normativa de las resoluciones 19/98 y 18/2000 del Ministerio de Salud y Acción Social.

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

DOC. No :FECHA:

OPERADOR:

Preparado por:

Roxana Rego

Director Operativo

Aprobado por:

Luis Verruno

Gerencia General

Revisión: N° 2

Fecha:

01/05/2010