

## CONSENTIMIENTO PARA TOMA Y ENVÍO DE MUESTRAS A DERIVAR

### 1. DATOS DEL PACIENTE

Código de la muestra			
Nombres: _____		Apellidos: _____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____		C.I. N°: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	
País: _____		Celular: _____	
Teléfono: _____		e-mail: _____	
Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	
Recibió:	Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha:...../...../.....
	Trasplante de medula ósea <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha:...../...../.....

### 2. INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR EL RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA

Tipo de muestra: _____	Análisis solicitado: _____
Observación: _____	

### 3. TÉRMINOS Y CONDICIONES

#### Acepto y doy mi consentimiento conforme a los siguientes términos:

1. Autorizo a Díaz Gill Medicina Laboratorial S.A., la realización de los siguientes procedimientos:

☐ Toma de muestra biológica ☐ Separación de la muestra ☐ Extracción de ADN ☐ Acondicionamiento para el envío

2. Estoy en conocimiento que Díaz Gill Medicina Laboratorial S.A. remitirá la muestra para la realización de/l los análisis solicitado/s a:

\_\_\_\_\_

3. Confío en la solvencia profesional del Laboratorio Díaz Gill Medicina Laboratorial S.A y del Laboratorio donde se remite mi muestra y estoy de acuerdo con los procedimientos efectuados.

4. Acepto que fui correctamente informado que, debido a la complejidad de los procedimientos, puede ser necesaria una segunda toma de muestra para concluir el análisis. De ser así, estoy de acuerdo en constituirme nuevamente en el Laboratorio, para el efecto.

5. Si este estudio se realiza a una persona menor de 18 años de edad, o si la misma está incapacitada legalmente para dar su consentimiento, yo me constituyo en su representación y garantizo tener la autoridad legal para solicitar y dar el consentimiento, asumiendo así toda la responsabilidad legal. (\*)

6. Entiendo y estoy de acuerdo, que Díaz Gill Medicina Laboratorial S.A se compromete a realizar el envío de las muestras cumpliendo con las condiciones de seguridad adecuadas. Una vez que las muestras hayan sido recibidas por el servicio de Courier, **EL LABORATORIO** se deslinda de responsabilidades posteriores y no asumirá los gastos generados en casos de necesidad de envío de una nueva muestra, cambios en fecha de entrega de resultados o reprocesos de análisis.

Firma del Paciente o Tutor Legal\*

Aclaración de Firma

Fecha

C.I N°

\*Aclarar relación o parentesco (ej.: padre, madre, etc.): \_\_\_\_\_

#### 4. CADENA DE CUSTODIA (En caso de muestras remitidas al Laboratorio, completar además el ítem 4.1)

Atendido en recepción por:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Responsable de la toma de muestra:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Muestra recibida en: Dpto. Distribución de muestras

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Muestra transportada a: ☐ Cámara Fría LC-CF-21 ☐ Freezer LC-SER/QUIH-16

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Responsable de la preparación de la muestra para envío:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

#### 4.1 EN CASO DE MUESTRAS REMITIDAS AL LABORATORIO:

Muestra remitida por:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Muestra transportada al Laboratorio Díaz Gill Medicina Laboratorial S.A:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

Muestra recibida en: ☐ Dpto. Distribución de muestras ☐ Recepción

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora

#### 4.2 CADENA DE CUSTODIA VERIFICADA POR:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha y hora