

ADMISIONES: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**Estimado usuario:** A continuación encontrará información sobre su proceso de atención. Por favor léala con atención. En caso necesario, nuestro personal le explicará su contenido y responderá sus preguntas e inquietudes.

**¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SE REALIZA LA TOMA DE MUESTRAS?**

La toma de muestras consiste en obtener una muestra de su organismo. Los exámenes de laboratorio entregan información útil sobre su enfermedad lo que permitirá un tratamiento médico más adecuado. Para ello, es muy importante contar con una buena preparación del paciente y haber recolectado correctamente sus muestras siguiendo las recomendaciones que se pueden consultar en nuestros diferentes canales de comunicación: teléfono, mensajes de WhatsApp, correo electrónico, página web [www.laboratorionazir.com](http://www.laboratorionazir.com), volantes, video de sala de espera, etc. o a través de explicaciones verbales de nuestro personal o de su médico tratante. Algunas muestras como orina, esputo o materia fecal deben ser recogidas en la casa. No se aconseja tomarlas en el laboratorio.

**¿QUÉ CONSECUENCIAS TRAE NO TOMAR SUS MUESTRAS?**

La consecuencia de no realizarse los exámenes, es que su médico tratante no tendrá la información completa de su estado de salud actual, lo que puede generar dificultad en el manejo de su enfermedad.

**¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER EN UNA TOMA DE MUESTRA?**

Aunque usted está siendo atendido por personal capacitado y bajo condiciones estrictas de bioseguridad, es posible que puedan presentarse riesgos durante su atención. Si presenta síntomas anormales o que antes no ha presentado (mareo, náuseas etc.) avise a nuestro personal. Utilice bastón o caminador durante toda su estadía si tiene problemas para desplazarse. Si el suelo se encuentra mojado avísenos, nuestro personal lo corregirá de inmediato. Por su seguridad y la de los demás, es muy importante mantener el orden y aseo en las salas de espera y baños. Estos últimos disponen de un botón de alarma en caso necesario. Otros riesgos que pueden presentarse son:

**Riesgos frecuentes:** Puede sentir dolor al pinchar la vena y en ocasiones es necesario hacerlo más de una vez sobre todo si el paciente es obeso, pediátrico, con delgadez extrema, sometido a quimioterapia o cuando se tienen venas "difíciles". También puede producirse un pequeño hematoma (morado), por lo que será conveniente que se realice presión sobre la zona puncionada. La toma de algunos cultivos o secreciones vaginales y uretrales pueden causar ligera molestia con sensación de irritación. La recolección de muestras de orina, esputo y materia fecal no representa riesgos pues son tomadas por el paciente en su domicilio.

**Riesgos poco frecuentes:** Otros riesgos que pueden presentarse son sangrado excesivo, desmayo o sensación de mareo, sensación de hormigueo y/o corrientazo y flebitis, generalmente estos son leves, transitorios y no representan un peligro grave para la persona. Si usted presenta los siguientes **signos de alarma** en el sitio de punción le sugerimos consultar a su médico: dolor, enrojecimiento y calor (eritema), sensibilidad, hinchazón (edema), cordón venoso palpable (induración) y salida de material purulento.

**ESPACIO SOMBREADO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO**

**ENTREVISTA AL PACIENTE**

- 1.) Condiciones al ingresar a la toma de muestra (Estado físico y de ánimo evidente) \_\_\_\_\_
- 2.) Acompañante: \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_
- 3.) Antecedentes médicos: \_\_\_\_\_
- 4.) Medicamentos: \_\_\_\_\_
- 5.) Observaciones: \_\_\_\_\_
- 6.) Exámenes Pendientes \_\_\_\_\_
- 7.) Fecha de Entrega de Resultados \_\_\_\_\_



Expreso que me han explicado y yo he comprendido, el objetivo del procedimiento, así como sus riesgos. También he sido informado y he comprendido sobre la importancia de la adecuada preparación para mis exámenes, la fecha de entrega y la confidencialidad de mis resultados, así como los aspectos relacionados con mi seguridad como paciente dentro de la institución. Autorizo en caso necesario, el envío de mis muestras a otros laboratorios de la Red de Apoyo del Laboratorio.

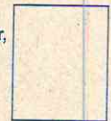
Declaro que he sido informado y he comprendido mis **deberes y derechos** como paciente a través de videos, volantes e información escrita y verbal que el personal del laboratorio me ha suministrado durante el tiempo de espera para mi toma de muestras y que he tenido oportunidad de formular todas las preguntas que he creído conveniente las cuales han sido aclaradas por el personal que me ha atendido y que éste ha verificado mi entendimiento de este consentimiento. Declaro además que a través de medio audiovisual he sido informado sobre las normas de autocuidado, hábitos de vida saludable y proceso de atención.

Declaro también que toda la información que he suministrado es verídica y que me han informado de mi derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento, mediante documento escrito dirigido al Laboratorio.

Declaro estar en plena capacidad legal, física y mental por lo cual doy mi consentimiento de forma libre y voluntaria para que se tome(n) mi(s) muestra(s) y autorizo a tratar mi información personal para los fines legales y por tanto me comprometo a leer la política de tratamiento de datos personales publicada en la página web del laboratorio [www.laboratorionazir.com](http://www.laboratorionazir.com). En señal de conformidad registro mi nombre, número de identificación y firmo el presente documento.

Nombres y apellidos del paciente \_\_\_\_\_

En caso de no saber firmar, favor poner huella digital en el espacio disponible.



HUELLA

Documento: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**PARA MENORES DE EDAD O PERSONAS QUE REQUIEREN REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR O CUIDADOR:**

Yo, \_\_\_\_\_ en calidad de representante legal, tutor o cuidador del paciente pongo mi huella en el presente documento. \_\_\_\_\_ con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ autorizo su atención y en señal de ello firmo y

FIRMA ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_



HUELLA

HORA RECEPCIÓN \_\_\_\_\_ HORA TOMA DE MUESTRA \_\_\_\_\_

Firma del personal de Laboratorio \_\_\_\_\_

C. C. \_\_\_\_\_