	GESTIÓN DE CALIDAD	PSS-FO-015
		Versión: 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRAS	Página 1 de 1
		Fecha: 22/09/2025

Yo, _____, identificado(a) con **CC / CE / PPT / TI** número _____, en calidad de paciente/usuario, manifiesto de manera libre, voluntaria e informada que autorizo la toma de muestras con fines diagnósticos o de control de laboratorio clínico.

Declaro que he sido informado(a) de forma clara y comprensible sobre:

La naturaleza y el propósito de los exámenes que me serán practicados, que el direccionamiento a este servicio es producto de una decisión propia y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto al procedimiento, así mismo que están han sido atendidas y resueltas satisfactoriamente.

RIESGOS: Reconozco que, aunque se trata de un procedimiento común y rutinario, pueden existir riesgos o complicaciones asociados a la toma de muestras, tales como dolor leve en el sitio de punción, hematomas (moretones), inflamación o enrojecimiento, mareos o desmayos, náuseas o vómito, flebitis (inflamación de una vena) o cortes accidentales.

Asimismo, me comprometo a informar previamente si tengo antecedentes de:

- Mareos o desmayos durante procedimientos similares
- Enfermedades o condiciones médicas que puedan aumentar el riesgo del procedimiento
- Toma de medicamentos anticoagulantes u otros que puedan influir en el procedimiento.

BENEFICIOS: Obtener información relevante sobre mi estado de salud, que permitirá un diagnóstico oportuno o seguimiento adecuado por parte del personal médico.

Con base en la información recibida y comprendida, autorizo expresamente a Cima Ocupacional y a su personal autorizado para realizar la toma de muestra correspondiente. Entiendo que este procedimiento será llevado a cabo bajo estándares de calidad, confidencialidad y bioseguridad.

Firma del paciente/usuario: _____

Fecha: _____

Profesional que toma la muestra: _____