



CLINICA SAN JORGE  
COMITÉ DE SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DROGAS DE ABUSO**

**Estimado paciente**

La Clínica San Jorge, por intermedio de su comité de calidad y seguridad del paciente pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

El consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente o su familia, según al caso, para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, los beneficios, las limitaciones, así como sus probables y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión. Entendimiento que se manifiesta con la suscripción de este documento.

**Si no comprendió, no firme sin antes recibir las respuestas y aclaraciones necesarias.**



CLINICA SAN JORGE  
COMITÉ DE SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DROGAS DE ABUSO**

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad en ejercicio de mis derechos, que he sido ampliamente informado sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección de DROGAS DE ABUSO EN SANGRE U ORINA.

A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento por parte del médico solicitante de la prueba diagnóstica.

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

Lugar y Fecha .....

Firma (\*).....Aclaración.....

D.N.I. ....Parentesco .....

Fecha de Nacimiento .....D.N.I.....

Estado Civil.....Teléfono.....

Domicilio .....

(\*) menores de 18 años, firma del padre, madre, tutor o encargado.

**DATOS DEL PERSONAL TECNICO O MEDICO**

Firma .....Aclaración.....



CLINICA SAN JORGE  
COMITÉ DE SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE H.I.V.**

**Estimado paciente**

La Clínica San Jorge, por intermedio de su comité de calidad y seguridad del paciente pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

El consentimiento informado es el permiso que otorga el paciente o su familia, según al caso, para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, los beneficios, las limitaciones, así como sus probables y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión. Entendimiento que se manifiesta con la suscripción de este documento.

**Si no comprendió, no firme sin antes recibir las respuestas y aclaraciones necesarias.**



CLINICA SAN JORGE  
COMITÉ DE SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE H.I.V.**

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad en ejercicio de mis derechos, que he sido ampliamente informado sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección indirecta del virus que transmite el SIDA (H.I.V.) mediante la técnica de ELISA o similares.

A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento en el caso de estar infectado por el virus H.I.V ..

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

Lugar y Fecha .....

Firma (\*).....Aclaración.....

D.N.I. ....Parentesco .....

Fecha de Nacimiento .....D.N.I.....

Estado Civil.....Teléfono.....

Domicilio .....

(\*) menores de 14 años, firma del padre, madre, tutor o encargado. Pacientes entre 14 y 18 años, firma de mayor acompañante si lo hubiera.

**DATOS DEL PERSONAL TECNICO O MEDICO**

Firma.....Aclaración.....