

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MATERIA DE SALUD CLÍNICA

_____ ; a _____ de _____ del _____

Identificación del Paciente:

La que suscribe, _____ de _____ años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y en ejercicio de mis derechos de salud, he recibido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por parte de Personal de PROMUJER sobre procedimiento de análisis médico, procedimiento de pruebas clínicas, y/o sometimiento a cualquier tipo de tratamiento médico, entendiéndose la firma del presente documento como mi consentimiento informado y autorización expresa para recibir los Servicios Profesionales en Materia de Salud Clínica ("Los Servicios"). Los Servicios podrán consistir, en uso de equipos e infraestructura clínica, consultas en diversas áreas de salud (general, ginecológica, interna, y/u otras), exámenes de diagnóstico y tratamiento, servicios de enfermería y personal paramédico, suministro de medicamentos e insumos para las curaciones, tratamientos médicos y terapéuticos, procedimientos médicos que se requieran con motivo del padecimiento de "la que suscribe la persona y de las posibles eventualidades que pudieran presentarse durante los tratamientos y/o consultas. Por su parte, la que suscribe declara lo siguiente:

Beneficios y Riesgos:

Por medio del presente conducto, reconozco expresamente que se me ha informado acerca del sometimiento al procedimiento de análisis médico, procedimiento de pruebas clínicas, y/o sometimiento a cualquier tipo de tratamiento médico, entendiéndose la firma del presente documento como mi consentimiento informado para recibir los Servicios Profesionales en Materia de Salud Clínica ("Los Servicios"), y reconozco que se me informó sobre los riesgos reales y/o potenciales que se pueden presentar derivados del procedimiento al que me someteré, y el informe de las indicaciones y medidas en su aplicación, y los cuales acepto en su totalidad, consisten en:

- PROMUJER no está obligada a regresar muestras y si está obligada a compartir los resultados a las autoridades sanitarias.
- En servicios de análisis clínicos reconozco que los riesgos posteriores son mínimos, pueden presentarse casos en los que durante el mismo día exista dolor, inflamación y/o alguna reacción alérgica. Si cualquier molestia se agudiza y/o se vuelve persistente se recomienda consultar a su médico.
- Sus datos personales sensibles y resultados de la prueba serán compartidos con las autoridades de Salud Federales y Estatales por motivos de control epidemiológicos, quienes podrán contactarlo de forma directa, por lo tanto, a la firma de la presente la que suscribe autoriza expresamente a compartir sus datos personales sensibles con los fines establecidos.
- Reconozco que en los resultados de las pruebas de gabinete se pueden tener casos de falsos positivos y falsos negativos.
- Las pruebas no sustituyen un diagnóstico médico por parte de un profesional de la salud.

Liberación de Responsabilidades:

Reconozco expresamente que todos los datos que proporcionaré, son ciertos y que no omitiré o alteraré dato alguno que pueda influir en el resultado del procedimiento; en caso contrario libero a PROMUJER MÉXICO APOYO A.C. (en lo sucesivo "PROMUJER") de cualquier resultado generado por la falsedad en mis declaraciones, y las confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, no serán atribuibles a PROMUJER, ni a cualquiera de sus entidades filiales, empresas relacionadas, proveedores y/o a su personal de apoyo.

Resultados:

Confirmando que estoy enterada y autorizo expresamente que el resultado de las pruebas realizadas me será entregado únicamente a mi persona, y serán compartidos con las autoridades de Salud Federales y Estatales por motivos de control epidemiológicos, quienes podrán contactarlo de forma directa.

Aclaraciones:

Adicionalmente estoy informada de que tengo derecho a aclarar todas mis dudas acerca del procedimiento proporcionándome el tiempo suficiente para ello y que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré oportunas, las cuales fueron absueltas con respuestas que considero claras y suficientes. Quedo en el entendido de que en todo momento habrá de mediar una comunicación adecuada y una relación respetuosa con el personal de PROMUJER y mi persona, que voluntariamente he acudido en busca de ayuda profesional.

Datos Personales:

Autorizo expresamente a PROMUJER para que almacene en sus archivos todos los datos personales relacionados con mi expediente personal y utilice toda mi información de manera gratuita, para que la misma sea utilizada con fines médicos, estadísticos, de investigación en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Manifiesto que personal de PROMUJER puso a mi disposición el correspondiente Aviso de Privacidad y se me indicó que podría consultar el mismo en: <https://mexico.promujer.org/aviso-de-privacidad-clientes/> ó <https://mexico.promujer.org/aviso-de-privacidad-colaboradores/> y que podría ejercer mis derechos ARCO al correo electrónico: promujermexicoARCO@promujer.org ó a los teléfonos 01 771 71 5 44 50 y del interior de la república sin costo al 01 800 672 21 77 en un horario de Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horas.

Otorgamiento de Consentimiento Informado:

Manifiesto que estoy conforme con la información recibida, la he comprendido y se han respondido mis dudas. Comprendo que la decisión de someterme al procedimiento antes referido es voluntariamente y lo autorizo expresamente. Por tanto, reitero mi conformidad con la información recibida y en tales condiciones **OTORGO MI CONSENTIMIENTO EXPRESO** para la realización del procedimiento y ratifico que **estoy informada sobre mi DERECHO A REVOCAR (NEGAR) MI AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MENCIONADO EN CUALQUIER MOMENTO, previo a la realización del mismo de así convenir a mis intereses**, con la única obligación de informar mi decisión al personal de PROMUJER.

USUARIO

Nombre: _____

FORMATO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

_____ ; a ____ de _____ del ____ Hora: _____

La que suscribe , _____ de _____ años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y en ejercicio de mis derechos de salud, expreso mi voluntad de revocar el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme la aplicación de cualquier procedimiento de análisis médico, procedimiento de pruebas clínicas, y/o sometimiento a cualquier tipo de tratamiento médico.

En la presente revocación de consentimiento informado no han mediado vicios en la manifestación de voluntad como el dolo, error, o intimidación ni causal de nulidad o anulabilidad que invaliden la eficiencia del presente acto jurídico, y la misma se hace de manera libre e informada.

USUARIO

Nombre: