**CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA**

CIUDAD.

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

**PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Nombres y apellidos del paciente*), de \_\_\_\_\_\_ años de edad, con cédula de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ proporciono de manera voluntaria la toma de muestra biológica humana de \_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicar tipo de muestra biológica humana*), con el fin de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**REPRESENTANTE LEGAL** (*en caso que el paciente sea menor de edad o presente alguna incapacidad*)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cédula de identidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de representante legal, autorizo la toma de muestra biológica humana de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicar tipo de muestra biológica humana*), a mi representado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de cédula de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el fin de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Acepto las indicaciones dadas por el personal encargado del procedimiento y acepto la total responsabilidad de los inconvenientes o consecuencias que surjan al no aceptar dichas indicaciones y recomendaciones.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que sea tomado el examen. Una vez entendido, autorizo que se me realice el procedimiento de toma de muestra, por lo tanto, firmo en constancia el presente documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o Representante legal en caso menores de edad o de incapacidad

Teléfono:

Correo electrónico: