

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DETECCION CONSUMO DE DROGAS	CÓDIGO: VERSION:01 FECHA: Marzo 2009 Página 1 de 1

PROCESO	ELABORADO POR.	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre	T.M. Alejandra Farías	Dr. Arturo Escalona	Dra. Gloria Burgos
Fecha	Noviembre 2008	Noviembre 2008	Diciembre 2008
Firma			

Estimado Paciente:

Su médico ha solicitado un examen para lo que necesitamos dos muestras de orina con el propósito de determinar si actualmente está consumiendo algún tipo de droga.¹

Su decisión es:

VOLUNTARIA: Usted decide si quiere o no hacerse el examen.

CON CONSENTIMIENTO: Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria y no alterará su derecho de atención.

SI acepto realizarme el examen de detección de drogas en orina:

 Firma paciente o representante legal

NO acepto realizar el examen de detección de drogas en orina:

 Firma paciente o representante legal

Nombre: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Fono: _____

Fecha: _____

1.- La detección en menores de 18 años deberá ser con consentimiento de sus padres y/o tutor legal.