



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

F-HC-18  
Versión 1

Yo \_\_\_\_\_ identificado con  
CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, obrando en la calidad abajo indicada, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo a la Clínica CES para efectuar las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas, tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, basuco, anfetaminas (éxtasis), benzodiazepinas (pepas), opiáceos (heroína) y sustancias similares o derivadas.

Hago constar que he informado al profesional de la salud sobre los medicamentos que he consumido hoy y en los días previos a la toma de éste examen y entiendo que un resultado positivo de esta prueba, indica con alta probabilidad, de la presencia de ésta(s) sustancia(s) en mi organismo.

El diagnóstico se realiza examinando mi muestra de orina para detectar la presencia de las sustancias psicoactivas mencionadas anteriormente. Existen varias pruebas de laboratorio diseñadas para este propósito las cuales se dividen básicamente en dos tipos: **Presuntivas**: que en caso de ser positivas indican una posible presencia de las sustancias psicoactivas y **Confirmatorias**. La prueba que se realizará inicialmente será de tipo presuntivo y en caso de salir positiva o indeterminada se realiza una prueba confirmatoria.

Comprendo que para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de ésta prueba, sin embargo los resultados quedarán registrados en el laboratorio.

A pesar de lo anterior, la Institución no será responsable por posibles sanciones, daños o perjuicios causados a terceros, o a mi persona, derivados del uso de los resultados.

Confirmando haber tenido la oportunidad de preguntar y resolver mis dudas con respecto al examen.

Declaro que he dado ésta autorización voluntariamente y sin coerción.

### CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI \_\_\_ NO \_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que informa el consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recibe el consentimiento: \_\_\_\_\_