



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ANÁLISIS REALIZADOS EN EL EXTERIOR
MAYO CLINIC LABORATORIES**

FOR-ADM-84
Rev.: 01
Pág.: 1/1
Vigencia: 29/08/2022

Nombre y Apellido:	
Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	
Documento de Identidad:	
Número de contacto:	
Correo electrónico:	

Autorizo a Meyer Lab a obtener mis muestras biológicas para la realización de los análisis solicitados y enviar mis resultados al correo detallado en este documento. **En caso de autorización a terceros, aclarar relación con el paciente.*

Comprendo que se obtendrán muestras biológicas de mí persona para los análisis solicitados. Estas muestras serán enviadas a **Mayo Clinic Laboratories** de Rochester, Estados Unidos.

Comprendo que es posible que no surjan resultados de una determinada muestra, por lo que pueden ser necesarias tomas de muestras adicionales, debido a que existe un riesgo de que la cantidad o calidad de la muestra pueda ser insuficiente para la realización y/o culminación del análisis, o presencia de interferentes o inhibidores, entre otros motivos ajenos al laboratorio.

En el caso de necesitar muestras adicionales, el Laboratorio se comunicará con el paciente para solicitar nueva toma de muestra, sin cargo adicional.

Comprendo que ciertos análisis pueden estar ligados a las denominadas “pruebas reflejas”. Estas pruebas reflejas consisten en análisis adicionales, los cuales se realizan de forma automática en función del resultado del análisis inicialmente solicitado. Las pruebas reflejas están determinadas por un algoritmo o acción refleja definida por Mayo Clinic Laboratories y representan un costo adicional.

En el caso que la prueba inicial solicitada requiera una prueba refleja, el laboratorio comunicará con anticipación sobre la prueba.

He leído este documento en su totalidad y se me ha explicado verbalmente todo lo expuesto. Habiendo comprendido los alcances y limitaciones inherentes al estudio a realizarme, acepto expresa y concientemente someterme a las pruebas por mi médico solicitadas y conversaré sobre los resultados y el adecuado control y/o tratamientos con un profesional médico.

Obs.: Toda la información suministrada por medio de este formulario es estrictamente confidencial y tiene como único objetivo la adecuada realización del análisis correspondiente.

Firma y aclaración del paciente y/o tutor: _____

Fecha: _____