	FORMATO **CONSENTIMIENTO MENORES**	**Identificación:** FOR-REC-05 **Versión:** 1 **Fecha creación:** 30/Noviembre/2017 **Fecha actualización:** 19/Agosto/2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE LABORATORIO EN MENORES DE 12 AÑOS

Acorde a la normatividad exigida por la Secretaria de Salud y expuesta en la NOM-004-SSA3-2012, se requiere el llenado y firma de este documento, por parte del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal del C. menor de edad: _____
Quien por indicación de su médico tratante, o por cuestión personal acude a nuestras instalaciones para la toma de muestras, proceso posterior y reporte de resultados de los análisis clínicos solicitados.

El personal químico de este laboratorio le informa los siguientes puntos particulares:

1.- El procedimiento para la toma de muestra es por medio de punción venosa, en brazo, mano o dedo según sea su caso. Con posibilidad de aplicar más de una punción en los casos en que esta requiera y las razones de ello para poder cumplir con los requisitos solicitados.
2.- Puede el Padre, Madre, Tutor o Representante Legal estar o no presente, siendo su decisión personal.
3.- Puede requerirse el apoyo del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal durante el proceso y en caso de ser necesario para la sujeción, tranquilización o control del paciente.
4.-Se le informa del derecho que tiene a negar su consentimiento para los procedimientos realizados (previo a la toma de muestra), así como a la temporalidad del presente documento, sin necesidad de acciones legales o jurídicas de ningún tipo.
5.- Es importante comentarle el compromiso que el Laboratorio tiene en la aplicación de requisitos de calidad y confidencialidad en el proceso de los estudios de laboratorio realizados.

EN VISTA DE LO ANTERIOR:
Doy mi consentimiento al personal del Laboratorio de Análisis Clínicos de la UACH:

A) Para la toma de muestras/productos en el menor de edad C: _____, cuyo número de protocolo es: _____.

B) Para que el Laboratorio de Análisis Clínicos de la UACH maneje las muestras/productos del paciente acorde a los procesos, procedimientos y normas existentes de los estudios, obtención de los resultados y reporte de los mismos.

C) Deslindo al Laboratorio de Análisis Clínicos de la UACH, de acciones legales de cualquier índole actual o fuera, relativa a este punto en particular, relacionadas con el paciente señalado en el presente documento.

Nombre (Padre, Madre, Tutor o Representante Legal)	Firma
Fecha	Lugar
Numero de identificación y firma del Químico(a) que toma la muestra.	Nombre y Firma del Testigo