

ANEXO 26



Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de TEST DE EMBARAZO- SUB UNIDAD BETA menores de 18 años

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de Test de Embarazo, según se establece en la Ley N° 20.584 Ministerio de Salud.

El examen para detectar embarazo se realiza a partir de una muestra de sangre u orina que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no existen niveles de Hormona del embarazo o Sub Unidad Beta capaces de ser detectados según la sensibilidad del método empleado en el laboratorio donde se tomó la muestra; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de niveles altos de Subunidad Beta y que puede ser cuantificada para conocer con mayor exactitud el tiempo de gestación de la paciente. En este último caso la entrega del resultado final demorará aproximadamente 24 horas.

YO, _____ RUN _____ FECHA _____ declaro haber comprendido este documento.

Frente a esto decido:

Si, acepto realizarme el examen de Test de Embarazo

Firma consultante
o representante legal

Nombre y firma
Profesional consejería

No acepto realizarme el examen de Test de Embarazo

Firma consultante
o representante legal