

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS DE DROGAS DE ABUSO

### 1. Consentimiento del Paciente (o Representante Legal para Menores de Edad)

Yo, \_\_\_\_\_, identificado/a con CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que he sido debidamente informado/a sobre las pruebas de detección de drogas de abuso que se realizarán, y autorizo al Laboratorio Clínico \_\_\_\_\_ para supervisar la toma de muestra de orina.

Autorizo la supervisión de la toma de muestra de orina para fines de análisis de drogas de abuso.

Sí

No

En caso de no autorizar la supervisión de la toma de muestra de orina, acepto que esto puede afectar la validez del análisis de acuerdo con los estándares del laboratorio.

### 2. Consentimiento para Menores de Edad (si aplica)

En calidad de representante legal del menor \_\_\_\_\_, identificado/a con CC \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado/a sobre las pruebas de detección de drogas de abuso que se realizarán, y doy mi consentimiento para que el Laboratorio Clínico \_\_\_\_\_ supervise la toma de muestra de orina del menor.

Autorizo la supervisión de la toma de muestra de orina del menor para fines de análisis de drogas de abuso.

Sí

No

### 3. Condiciones Óptimas de la Muestra de Orina

Es extremadamente importante que la muestra de orina cumpla con las siguientes condiciones para garantizar la integridad del análisis:

- Temperatura (32 a 35°C): \_\_\_\_\_
- pH (5 a 9): \_\_\_\_\_
- Densidad (mayor a 1002): \_\_\_\_\_
- Color: \_\_\_\_\_

Nota: La muestra debe estar acompañada por un documento que garantice la integridad durante su recolección, recepción y análisis. Las muestras que no cumplan con esta condición no serán válidas para el análisis.

### 4. Pruebas a Realizar

Las pruebas que se realizarán incluyen la detección de las siguientes sustancias:

Cannabinoides (Marihuana) / Cocaína / Anfetaminas / Metanfetaminas (Éxtasis) / Opiáceos (Morfina, Heroína)

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Laboratorio Clínico

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal