

**¿Quiénes  
somos?**

**LABORATORIO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y CITOLOGÍA DE PUEBLA, S.C** que se identifica con el nombre comercial de **LABOPAT®** con domicilio en, **AV. Z DEL COCHERO 403. LOCAL 20, RESERVA TERRITORIAL ATLIXCAYOTL, C.P 72810, PUEBLA, PUE., MÉXICO**, con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), es responsable de sus datos personales.

**¿Qué datos personales  
utilizamos y para qué fines?**

En relación al tratamiento de datos personales por "**Servicios de Estudios Clínicos**", **LABOPAT® recabará**, incorporará y tratará sus datos personales en un **Sistema de Gestión en Seguridad de Datos Personales** con el fin de poder dar seguimiento a los resultados obtenidos y la entrega de los mismos. Ante estos servicios podríamos utilizar las siguientes categorías de sus datos personales.

- ✓ Datos de identificación y contacto
- ✓ Datos de salud
- ✓ Datos de familiares
- ✓ Datos de personas con las que tuvo contacto
- ✓ Datos de persona de contacto para emergencias
- ✓ Datos de menores de edad
- ✓ Datos de personas de la tercera edad
- ✓ Datos de persona autorizada para recibir resultados

**¿Con quién compartimos  
su información personal y  
para qué fines?**

Nos comprometemos a velar para que todos los principios legales de protección en relación a las remisiones y/o transferencias de sus datos personales que se lleven a cabo de manera responsable.

En este entendido **LABOPAT®** le informa que en algunos servicios tendrá que remitir o transferir sus datos personales según sea el caso. Estas remisiones o transferencias pudieran ser a: *empresas del grupo; empresas que forman parte de relación de negocios y entidades públicas con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones contractuales.*

**¿Dónde puedo consultar el  
aviso de privacidad  
integral?**

**LABOPAT®** hace de su conocimiento que usted puede consultar el **Aviso de Privacidad Integral** en la página [www.labopat.mx](http://www.labopat.mx); Así mismo podemos resolver cualquier duda referente al tratamiento de sus datos personales y de salud en el teléfono **222-375-4152** y correo electrónico [coordinacion@labopat.mx](mailto:coordinacion@labopat.mx)



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE TOMA DE MUESTRAS DE SAL HISOPADO NASOFARÍNGEO, HISOPADO OROFARÍNGEO Y TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS EN VEHÍCULOS MÓVILES.

Código de Documento: FO-REC-13

Edición: 01

Fecha de Emisión: agosto 2021

Fecha: \_\_\_\_\_

A través del presente, yo: \_\_\_\_\_ declaro y manifiesto que **LABOPAT®** previamente me ha informado de manera presencial, física o por medios electrónicos sobre los **requisitos** previos a la toma de muestras.

**LABORATORIO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y CITOLOGÍA DE PUEBLA, S.C (LABOPAT®)** hace de su conocimiento que el personal cuenta con las competencias necesarias para desempeñarse correctamente en apego estricto a las leyes vigentes, normatividad, políticas de calidad y servicio, por ende, es necesario contar con el consentimiento informado en los siguientes puntos:

- A. Declaro que **Sí** \_\_; **No** \_\_; tengo **alergias** al material utilizado para la toma de muestra (látex, dacron, metal, plástico, algodón, otro \_\_\_\_\_).
- B. Declaro que **Si** \_\_, **No** \_\_\_\_\_; tengo **contraindicación médica** para la toma de muestra nasal. (tabique nasal desviado, reciente cirugía de nariz, traumatismo (golpe) reciente de nariz, algún tipo de coagulopatía severa, otro \_\_\_\_\_).
- C. **Sí** \_\_; **No** \_\_; autorizo a **LABOPAT®** y a su personal para que tome las muestras necesarias en los diferentes tipos de viales (tubos de muestra) correspondientes para los estudios solicitados:

\_\_\_\_Detección de DNA-RNA viral RT-PCR (Por hisopado nasofaríngeo, orofaríngeo, saliva).

\_\_\_\_Detección de Antígeno SARS-CoV2 (Por hisopado nasofaríngeo, saliva).

\_\_\_\_Estudios de laboratorio clínico (Muestras obtenidas por venopunción\*).

\*En caso de toma de muestra por venopunción se recomienda reposar por un lapso de 10 a 15 minutos posterior a su toma de muestra antes de conducir su vehículo, no cargar objetos pesados con el brazo en donde se realiza punción.

**LLENAR SÓLO EN CASO DE MENORES DE EDAD Y PACIENTES EN ESTADO DE INTERDICCIÓN.**

Nombre completo del tutor: \_\_\_\_\_.

- D. **Sí** \_\_; **No** \_\_; otorgo el consentimiento a **LABOPAT** para la obtención de muestras biológicas (hisopado nasofaríngeo, orofaríngeo y/o por venopunción) a los menores de edad, personas que tengan algún tipo de discapacidad y/o en estado de interdicción.

**Sobre las pruebas RT-PCR SARS-CoV-2 y Antígeno SARS-CoV-2:**

Todas las pruebas para la detección del virus SARS-CoV-2 (RT-PCR y Antígeno) emiten un resultado que sirve como herramienta diagnóstica a su médico tratante. Es importante mencionar que estas pruebas tienen limitaciones como toda prueba de laboratorio debido a su sensibilidad (RT-PCR  $\geq 90\%$ ) especificidad (RT-PCR  $\geq 99.5\%$ ) y saliva (RT-PCR  $\geq 85.0\%$ ).

El diagnóstico de la enfermedad COVID-19 deberá ser realizado por su médico tratante en conjunto con estudios adicionales de laboratorio, estudios de gabinete y la clínica del paciente.

**Nuestra prueba RT-PCR SARS-CoV-2 es una prueba cualitativa avalada por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), la cual detecta ARN viral por arriba de 10 copias por reacción.**

**Declaro libremente que entiendo este consentimiento informado y sobre todo las posibles complicaciones que este tipo de toma de muestra pueda desencadenar; por lo que autorizo la realización del mismo.**

Jefa de Laboratorios Clínicos LABOPAT  
P.C. Ana Isabel Hernández Blas  
CP: 10886316

Nombre y firma del  
paciente  
(En caso de menor de edad firmar Padre  
o Tutor)

Folio: \_\_\_\_\_(para personal LABOPAT)