



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL
M. AYUNTAMIENTO
TULUM
2010-2021



Fecha: 17/03/20 Hora de Inicio: 10:00 Am Hora de Finalización: _____

TIPO: PLATICA TALLER MEDICO
ENFERMERO (A) PROMOTOR DE SALUD CASA DE SALUD

Tema: VIH Localidad: TULUM

No	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	SEXO M F	FIRMA
1	Perfecto	Gotierrez	Dallesca	53	M	[Signature]
2	Beremias	Hortuzar	Dzul	23	M	[Signature]
3	Adriano	Pine	Cacuar	46	M	[Signature]
4	Jorge Manuel	Cituc	Chidur	48	M	[Signature]
5	Jorge Luis	Cruz	Ruedas	54	M	[Signature]
6	Jorge M. Zardo Sola	Zapata	Sobya	39	M	[Signature]
7	Manuel Antonio	de la Torre	Flota	45	M	[Signature]
8	Jorge Manuel	Diaz	Coamal	33	M	[Signature]
9	Jorge Alejandro	Campos	Miranda	30	M	[Signature]
10	Santiago	VARGUEZ	Ramirez	50	M	[Signature]
11	Maria Teresita	Canul	Santos	35	F	[Signature]
12	Marisol	Canto	Celis	50	F	[Signature]
13	Mano	Halle	Kinil	38	F	[Signature]
14	ITATI AIDE	CAKACHURI	RUIZ	27	F	[Signature]
15	Guillermo	Cond	Montelvo	25	M	[Signature]
16	Jorge Orlando	Diaz	Coamal	28	M	[Signature]
17	Juan Carlos	callegas	Gonzales	28	M	[Signature]
18	Vicente	Navarro	Choble	29	M	[Signature]
19	Hilrom Anbaro	Kan	Abacua	33	M	[Signature]
20	Tomas	OSORIO	Cruz	49	M	[Signature]
21						
22						
23						
24						
25						

FACILITADOR LE. Jesús Esquivel Sencos C. FIRMA [Signature]

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Perfecto Gutierrez Demesa

Edad: 53 años Sexo: Masculino

Telefono: 9841402761

Domicilio: C Lulum x Yodzonot y che M 433 LG col Lumben Kaq

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente () Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona
 Que dio el consentimiento

Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jeremias Martínez Dzul

Edad: 23 Sexo: M.

Telefono: 984 133 5307

Domicilio: Calle 34 Av. 28 Calle Balan.

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/05/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Le. José Esquivel Sandoval C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

M. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Armando Díaz Ceamal

Edad: 46 Sexo: M.

Telefono: 984 216 74 64

Domicilio: C. Mercedes de Guzman Sur

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Sosa C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2018-2021

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jorge Manuel Citor Chelín

Edad: 48 Sexo: M

Telefono: 984 384 0744

Domicilio: C. Beta Polar - Carretera templo profesa

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

LC. JOSÉ ESQUEL SANCHEZ C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jorge Luis Cruz Pineda

Edad: 54 Sexo: M.

Telefono: 984 239 84 20

Domicilio: Col. Esido

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Sansores C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Quando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jose Manuel Zapata Salato

Edad: 39 Sexo: M

Telefono: 984 116 86 70

Domicilio: Inuacion

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/05/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Manuel Antonio de la Torre flato.

Edad: 45 Sexo: M.

Telefono: 984 116 7363

Domicilio: Yax Tulum

Nombre de la persona que da el consentimiento:

Paciente (X) Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona que dio el consentimiento

Nombre y firma del medico tratante

Testigo Nombre y firma

Testigo Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jose Manuel Diaz Caamal

Edad: 33 Sexo: M.

Telefono: 984 210 88 91

Domicilio: C. Mercurio/Guaymas Av. satelite.

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Sansores C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM 2010-2021

SALUD SECRETARIA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD) .

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jorge Alejandro Campos Miranda

Edad: 30 Sexo: M.

Telefono: 984 319 6343

Domicilio: Corona /c 2 y c4 ote M3 L5

Nombre de la persona que da el consentimiento :

Paciente (X) Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Jorge Alejandro Campos Miranda
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Solorzano C.
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Santiago Vazquez Ramirez

Edad: 56 Sexo: M.

Telefono: 934 126 2189

Domicilio: Inuacion

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17/05/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Signature]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Sosa
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM 2010-2021

SALUD SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD) .

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Maria Teresita Canal Santos

Edad: 35 Sexo: F

Telefono: 9831771877

Domicilio: C. BB- 55 y 57 col. Francisco May F.C.P.

Nombre de la persona que da el consentimiento :

Paciente (X) Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona Que dio el consentimiento

Dr. Jesus Esquivel Santos C. Nombre y firma del medico tratante

Testigo Nombre y firma

Testigo Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM 2010-2021

SALUD SECRETARIA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente...

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal...

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Marisol Cortez Colis

Edad: 50 Sexo: Femenino

Telefono: 9848762183

Domicilio: C. Miis

Nombre de la persona que da el consentimiento:

Paciente (X) Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17/03/20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)...

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT)...

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona Que dio el consentimiento

Dr. Jesús Esquivel Sosa

Nombre y firma del medico tratante

Testigo Nombre y firma

Testigo Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione...



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Marina Mahler Puntel

Edad: 38 Sexo: F

Telefono: 9851070212

Domicilio: Carr. Las palmas km. 15 Lt. 1 No. 6

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM 2010-2021

SALUD SECRETARIA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Hali Aide Carachoni Ruiz

Edad: 27 Sexo: F

Telefono: 984 198 61 41

Domicilio: Fracc. Villas Tulum C. 12 M 13

Nombre de la persona que da el consentimiento :

Paciente (X) Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Signature]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Signature]
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

M. AYUNTAMIENTO

TULUM
2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD) .

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Guillermo Cornel Manteluc

Edad: 25 Sexo: Masculino

Telefono: 9891979766

Domicilio: Centro

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente () Representante legal () Familiar () Parentesco ()

Fecha: 17-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Signature]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Signature]
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Jorge Orlando Díaz Caomal

Edad: 28 Sexo: Masculino

Telefono: 984 280 35 27

Domicilio: Calle mercurio oriente / Géminis y Satélite

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Firma]
L. E. Caomal Díaz Caomal
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO

TULUM

2010-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Juan Carlos Callesos Gonzalez

Edad: 28 Sexo: Masculino

Telefono: 984 184 23 74

Domicilio: Tamben ha.

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 12-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Firma]
L. E. Geovanna Castillo
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Vicente Navarro Chable.

Edad: 29. Sexo: Masculino.

Telefono: 9843191404

Domicilio: Col. Edna

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 12-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

Vicente Navarro Chable
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Firma]
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor, o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capitulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Hyron Antonio Kan de la Cruz

Edad: 33 Sexo: Masculino

Telefono: 9841346159

Domicilio: Calle Osiris Nte. / Pkwy Poniente y Av. Tulum.

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 12-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la técnica de análisis de inmunoenzimático (ELISA), Pruebas rápidas.

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Firma]
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

M. AYUNTAMIENTO

TULUM

2018-2021

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



PROGRAMA DE VIH SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

En caso de tratarse de un menor , o de un paciente que se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente o que por su situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente , la autorización será suscrita por el familiar más cercano en vinculo que le acompañe o en su caso por su tutor o representante legal.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y en ausencia de familiares o representante legal, los médicos autorizados, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito en el expediente clínico (Art. 81, capítulo IV, LEY GENERAL DE SALUD).

DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: Tomas Osorio Cruz

Edad: 49 Sexo: Masculino

Telefono: 984 165 02 23

Domicilio: Tomben hoo

Nombre de la persona que da el consentimiento : _____

Paciente Representante legal Familiar Parentesco

Fecha: 17-03-20

Autorizo libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) , por la técnica de análisis de inmunoenzimatico (ELISA) , Pruebas rápidas .

Me han explicado y he entendido todo lo relacionado al riesgo - beneficio esperado. He comprendido que se podrá necesitar otras pruebas confirmatorias (WESTERN-BLOT) si el resultado es positivo y también, de que los resultados serán entregados al médico solicitante y se manejaran en forma confidencial y discreta.

ACEPTO Y AUTORIZO

[Firma]
Nombre y firma de la persona
Que dio el consentimiento

[Firma]
Nombre y firma del medico tratante

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

En cumplimiento a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Quintana Roo, en poder de los sujetos obligados, el H. Ayuntamiento, la Unidad de Transparencia en calidad de sujeto obligado informa que es responsable de tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de los participantes, elaborar informes y realizar estadísticas; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recabado. Es menester señalar que en dichas estadísticas la información no estará asociado con el titular de los datos personales, por lo que no será posible identificarlo. Para mayor detalle consulte, nuestro aviso de privacidad integral en: <http://tulum.gob.mx/transparencia/avisodeprivacidad>.