



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

División de Servicios Generales
Sección de impresos

FICHA TECNICA 03

Nombre Genérico :	Formulario
----------------------	------------

Descripción:
Impresión de formulario
Consentimiento (solo tiro)

Material: Papel bond
Color: Full color
Tamaño: 8.5 x 11 pulgadas

Terminación:
Corte

**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA**

**1ERA JORNADA NACIONAL DE EXAMEN GENERAL DE ORINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REGISTRO DE DATOS**

El propósito de la 1era Jornada Nacional de Examen de Orina es determinar el riesgo de enfermedades renales, infecciones urinarias, diabetes, entre otros, por medio de la evaluación del aspecto físico, químico y microscópico de las muestras de orina. El procedimiento consiste en responder algunas preguntas y que nos permita poder acceder a los resultados de su examen de orina realizado en el laboratorio para los fines de obtener información para esta jornada de salud.

Sus datos personales (o los de su familiar) se manejarán de forma confidencial. Es posible que los resultados del registro sean presentados en conferencias médicas o publicados en revistas científicas, sin embargo, sus datos personales (o los de su familiar) nunca serán revelados. Usted tiene el derecho a no dar su consentimiento para este registro o revocarlo en el momento que lo considere. Al hacerlo, no pierde ningún derecho en cuanto a la atención médica. Si decide retirar su consentimiento informado para este registro, toda la información recolectada será eliminada y no será utilizada con fines de seguimiento e investigación.

Declaración de Consentimiento Informado [favor completar los datos solicitados]

- He leído toda la información suministrada en este documento de Consentimiento Informado.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a no dar mi consentimiento o a revocarlo.
- Mediante mi firma, doy mi consentimiento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Nombre del participante: _____

Firma del participante (o tutor): _____

LOS SIGUIENTES DATOS SERÁN COMPLETADOS POR EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA JORNADA

Fecha: _____ **Lugar de la Jornada:** _____

Provincia: _____

DPS/DAS: _____

Nombre del personal que trabaja en la jornada: _____

Firma de la persona que trabaja en la jornada: _____

Imagen solo como referencia



IMPRESOS



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

División de Servicios Generales
Sección de impresos

FICHA TECNICA 04

Table with 2 columns: Nombre Genérico, Formulario

Descripción: Impresión de formulario Registro de Datos (solo tiro)

Material: Papel bond
Color: Full color
Tamaño: 8.5 x 11 pulgadas

Terminación: Corte

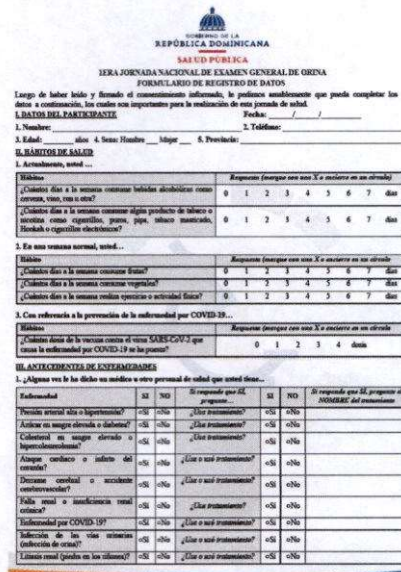
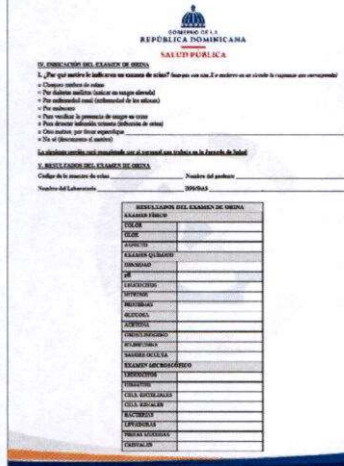


Imagen solo como referencia



IMPRESOS