

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DE SALUD

Dirección: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Unidad Médica o Tercero: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Correo electrónico: _____

RFC: _____ CURP: _____

No. Expediente: _____

Género: _____

Categoría: _____

Modo de transporte:

Nombre del procedimiento a realizar:

El médico me ha explicado satisfactoriamente y he comprendido en su totalidad el procedimiento que me será practicado en el domicilio mencionado, por lo que otorgo mi consentimiento para someterme al Examen Psicofísico Integral y a los procedimientos complementarios que se mencionan de forma enunciativa más no limitativa (grupo sanguíneo, examen general de orina, biometría hemática completa, perfil genético, perfil de lípidos, etc.), que sean necesarios o convenientes durante el examen. De igual manera autorizo que me sea notificado mediante correo electrónico previamente registrado en el sistema institucional, todo lo referente a mi examen psicofísico y mi constancia de aptitud.

Así mismo, comprendo que debido a las facultades que me confiere mi Licencia Federal o libreta de Mar. otorgo mi consentimiento para que se me practique el Examen Médico en Operación y sus exámenes complementarios (glucemia capilar, hemoglobina glucosilada, examen toxicológico, entre otros) durante mi jornada laboral, y en caso de verme involucrado en un accidente grave para que me sea tomado muestras para examen toxicológico, con fines de investigar las causas de este relacionadas con el factor humano.

Comparezco ante la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y declaro, bajo protesta de decir verdad, que la información manifestada en la práctica del procedimiento es cierta, completa y precisa, así como los datos médicos referentes a mi historia personal, familiar y hereditaria. Tengo pleno conocimiento de que se considerará causa de No Aptitud Psicofísica el faltar a la verdad durante la práctica del procedimiento como lo indica el Artículo Noveno de los Requisitos Médicos relativos al personal técnico ferroviario y del autotransporte público federal y artículo décimo de los Requisitos Médicos relativos al personal Marítimo. Además, manifiesto que conozco y entiendo la sanción establecida en el Artículo 247 Fracción I del Código Penal; -se impondrán de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa: 1.- Al que interrogado por alguna autoridad pública distinta de la judicial en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad".

Acepto de conformidad cumplir con lo establecido en el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte



BIOMÉTRICOS
USUARIOS

Del dedo pulgar derecho o
del contralateral en
ausencia de aquel

Nombre y firma del personal
Otorgo mi consentimiento

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del médico responsable

Nota: En caso de un menor de 18 años debe firmar el padre o tutor y entregar copia de identificación oficial.

Lo anterior con fundamento en el artículo 4to párrafo cuarto y 16 de la Constitución Política Mexicana; artículos 2 fracción VII, 3 fracciones IX, XVI, XIX y XXI, 96 y 163 de la Ley General de Salud; Norma Oficial Mexicana NOM 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; artículos 3 Fracción 11, 13 Fracciones IV y V, 14 Fracción I y 18 Fracción II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; artículos 3 Fracciones IV, V y VI, 6, 7, 8 y 9 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; artículos 2, 9 y 10 del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte; artículo Noveno de los Requisitos Médicos relativos al personal técnico ferroviario y del autotransporte público federal y artículo décimo de los Requisitos Médicos relativos al personal Marítimo.