

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DE SALUD

Fecha: _____ Hora: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre (s): _____

Edad: _____

Dirección:

Calle: _____ Colonia: _____ Código Postal: _____

Municipio/Alcaldía: _____ Estado: _____ Localidad/Población: _____

Unidad Médica : _____

RFC: _____ CURP: _____

Estado de nacimiento: _____

No. Expediente: _____

Sexo: _____

Modo de transporte: _____

Categoría: _____

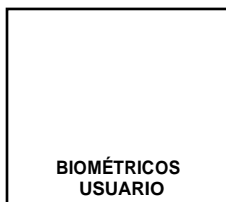
Puesto: _____

Nombre del procedimiento a realizar: **EXAMEN PSICOFÍSICO INTEGRAL**

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.

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 el Artículo Decimo de los Requisitos Médicos relativos al personal técnico aeronáutico y 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: I.- 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".



Del dedo pulgar derecho o
del contralateral en
ausencia de aquel

Nombre y firma del usuario
Otorgo mi consentimiento

Nombre y firma del médico responsable

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 II, 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 el artículo Decimo de los Requisitos Médicos relativos al personal técnico aeronáutico y marítimo