

CONSULTORIO MÉDICO

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO

Ex-Finca Santa Cruz N.1 Pueblo Nuevo Solistahuacán,
Chiapas, México C.P. 29750
Tel: (919) 685 2100 y 2200; WhasApp: (919) 114 1491
informacion@ulv.edu.mx



CENTRO
UNIVERSITARIO
LINDA VISTA

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Yo _____ identificado con matrícula _____, de la escuela _____, obrando en la calidad abajo indicada, en armonía con el artículo 3 del capítulo segundo, y los artículos 15 y 24 del capítulo cuarto, de la Ley General para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, Reinserción Social y Control en Materia de Adicciones; y el artículo 475 de la Ley General de Salud, hago las siguientes declaraciones:

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo a la Universidad Linda Vista (ULV) / Colegio Linda Vista (COLIVI) para efectuar, en el día de inscripción o cualquier día del curso escolar, las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de sustancias narcóticas, tales como alcohol, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas (éxtasis), benzodiacepinas (pepas), opiáceos (heroína) y sustancias similares o derivadas.

Me comprometo a informar al profesional de la salud sobre los medicamentos que he consumido el día de la prueba, y en los días previos, a través de la copia de la receta. Entiendo que un resultado positivo en la prueba, indica con alta probabilidad, la presencia de esta(s) sustancia(s) en mi organismo.

Entiendo que el diagnóstico se realiza examinando una muestra de mi orina para detectar la presencia de las sustancias mencionadas anteriormente. Garantizo que mi muestra no será adulterada. Comprendo que, se tomarán las medidas necesarias para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba; sin embargo, los resultados quedarán registrados en la Vicerrectoría Estudiantil y, cuando sea pertinente, en la Coordinación de la Escuela. Acepto que esta prueba podrá ser repetida en cualquier día durante el curso escolar, sin previo aviso.

Declaro que he dado esta autorización voluntariamente y sin coerción.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO

1. Como estudiante: ☐ Si ☐ No

2. Como responsable del alumno (*Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o tutor*): ☐ Si ☐ No

3. Fecha de notificación: _____

Nombre y firma del responsable del alumno

Nombre y firma del alumno

Atentamente:

Lic. Faustino Gutiérrez Castillo
VICERRECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES