



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACEPTACIÓN DE ANALISIS
COMPLEMENTARIOS**

Trabajador: _____

D.N.I.: _____

DOY MI CONSENTIMIENTO:

Que me realicen las siguientes pruebas analíticas:

- Marcadores hepáticos (V.H.B. y V.H.C)
- V.I.H.
- Drogas en orina: cannabis, Opiáceos y cocaína
- Alcohol en sangre
- Otras (especificar): _____

Dichas pruebas se realizarán como complemento del Examen de salud al que va a ser sometido el trabajador de la empresa: _____
ó como consecuencia de una puntura accidental por accidente de trabajo de la empresa _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.:

Enterado de las pruebas que se me van a realizar como complemento de mi examen de salud laboral ó como consecuencia de una puntura accidental por accidente de trabajo, **NO DOY MI CONSENTIMIENTO** a que se me realicen dichas pruebas:

Fdo.: