

TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE SALUD DIGNA A.C., A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “SALUD DIGNA” REPRESENTADA POR RODOLFO LEYVA SÁNCHEZ Y POR LA OTRA PARTE _____ A QUIÉN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL CLIENTE”, QUIENES CONJUNTAMENTE SERÁN IDENTIFICADAS COMO “LAS PARTES”, SUJETÁNDOSE AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

DECLARACIONES

I. Declara “SALUD DIGNA”, por conducto de su apoderado legal, que:

- A. Que es una asociación civil de nacionalidad Mexicana legalmente constituida conforme a las leyes de los Estados Unidos Mexicanos misma que quedó asentada en el Testimonio de la Escritura Pública No. 16,763 (dieciséis mil setecientos sesenta y tres), volumen LXI, del Libro 5, autorizada ante la fe del Notario Público No. 57 (cincuenta y siete) del Estado de Sinaloa, Lic. Jesús Manuel Ortiz Andrade, misma que se encuentra debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio de Culiacán Rosales, Sinaloa bajo el número 103 del libro No. 72 de fecha 14 de noviembre de 2012.
- B. Que su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI121109B14, con Domicilio Fiscal en Calle Francisco Villa No. 113 Sur, colonia centro de la ciudad de Culiacán Sinaloa C.P. 80,000.
- C. Que no tiene relación laboral alguna con “EL CLIENTE”, toda vez que presta sus servicios a diversas personas físicas y morales, no existiendo por consiguiente subordinación, ni exclusividad alguna con “EL CLIENTE”.
- D. Conoce la totalidad de la información referente a los servicios convenidos, así como es sabedor de que “EL CLIENTE” cumple con los requisitos establecidos en la legislación aplicable.
- E. Cuenta con los permisos, licencias, autorizaciones y registros oficiales necesarios para llevar a cabo la prestación de los SERVICIOS objeto del presente Instrumento.
- F. Cuenta con los recursos humanos suficientes, capacitados legal y técnicamente, para la prestación de los SERVICIOS en forma óptima, oportuna y eficiente, y que dichos recursos no se encuentran contratados a través de Sociedades Cooperativas.
- G. Actúa bajo el más amplio concepto de ética, calidad y servicio profesional y el personal que tiene contratado o que llegase a contratar para el cumplimiento de las obligaciones contraídas conforme al presente Instrumento, es igualmente calificado, con los conocimientos, experiencia y capacidad necesarios para llevar a cabo la prestación de los SERVICIOS bajo los mismos estándares a que se ha hecho referencia en la presente Declaración.

II. Declara “EL CLIENTE”, por conducto de su representante o apoderado legal, que:

- A. Es una persona, ya sea física o moral, que se someten al amparo de las leyes de México.
- B. Que la persona que suscribe el presente documento, bajo protesta de decir verdad y de partiendo de la buena fe, cuenta con las facultades suficientes para obligarse en los términos de este, facultades que, a la fecha de firma del presente instrumento no les han sido revocadas, limitadas, suspendidas o modificadas de forma alguna.
- C. Los recursos que se destinarán para la adquisición de servicios objeto del presente Instrumento tienen una procedencia lícita desde su origen que toda su actividad se realiza dentro del marco de las disposiciones legales que le son aplicables y que no tiene relación alguna directa o indirectamente con personas o instituciones que celebren o hayan celebrado operaciones con recursos de procedencia ilícita.

III. Declaran conjuntamente “LAS PARTES”, que:

- A. Reconocen ampliamente la capacidad legal con que cuentan, así como la personalidad jurídica con la que se ostentan sus representantes, siendo su voluntad libre de someterse a los siguientes términos y condiciones:

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

PRIMERA. OBJETO DEL SERVICIO. “SALUD DIGNA” se compromete a prestar los servicios a “EL CLIENTE” para realizar PRUEBAS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, IMAGENOLOGÍA, PRUEBA DE DIAGNÓSTICO PARA SARS-CoV 2 (COVID-19) Y EXAMEN DE LA VISTA, ADAPTACIÓN Y/O FABRICACIÓN DE ANTEOJOS, comprometiéndose “EL CLIENTE” a pagar por estos servicios en modalidad de pago por adelantado o “prepagado” y a otorgar a sus beneficiarios todas las facilidades para la realización de los servicios convenidos en el presente INSTRUMENTO.

SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. - Los servicios contratados por “EL CLIENTE” se llevarán a cabo por “SALUD DIGNA” en sus instalaciones, mismas que se mencionan en el presente instrumento.

Para tal efecto, “EL CLIENTE”, a través del portal <https://salud-digna.org/atencion-empresas/> que “SALUD DIGNA” le otorgará el acceso, con usuario y contraseña intransferible, en donde deberá realizar el registro de los pacientes o beneficiarios de dichas pruebas y las citas de acuerdo al horario asignado, a razón de no más de 5 pacientes al día por sucursal, a partir de la firma del presente instrumento, en los horarios de las sucursales señaladas de lunes a domingo, hasta agotar las pruebas acordadas.

TERCERA: PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS: “SALUD DIGNA” se obliga a prestar los Servicios pactados de manera personal e intransferible de acuerdo con las diferentes disposiciones legales vigentes aplicables tanto federales, estatales, municipales, reglamentos y demás Normas Mexicanas aplicables y demás políticas y procedimientos previamente establecidos en sus procesos internos.

Será responsabilidad de “EL CLIENTE”, notificar al BENEFICIARIO para que este pueda acudir al servicio, así como proporcionar al mismo, previo al inicio de la prestación de los servicios, la orden de servicio correspondiente al Anexo C, documento físico que será intransferible, mismo que deberá cumplir con los requisitos determinados por “SALUD DIGNA” los cuales como mínimos deberá contener los siguientes:

- Nombre completo, fecha de nacimiento del beneficiario,
- Estudios a realizar,
- Folio del portal de órdenes de servicio.

Requisitos que se establecen de manera enunciativa y no limitativa.

“EL CLIENTE” se obliga y es responsable de contar con todos y cada uno de los documentos necesarios para la prestación de los Servicios, todo beneficiario que ingrese a solicitar el servicio de “SALUD DIGNA”, sin la orden de servicio, será considerado como paciente particular, por lo cual se le cobrará el precio de lista del servicio vigente en clínica al momento de la solicitud.

La entrega de resultados de pruebas PARA SARS-CoV 2 (COVID-19) PCR es en un lapso máximo de 48 horas, el cual está sujeto a cambios, y se hace de forma digital por la página en la consulta de resultados y al teléfono de cada beneficiario. Todo esto de conformidad al consentimiento informado y autorización para la realización de prueba para detectar SARS-CoV2 (covid-19) PCR que se agrega como Anexo B, al presente instrumento y que aceptan los beneficiarios al realizarse la prueba.

"SALUD DIGNA" no será responsable del uso y destino que se haga por "EL CLIENTE" de los servicios prestados y practicados a "EL BENEFICIARIO", deslindando de cualquier responsabilidad por la interpretación que el médico tratante de "EL CLIENTE" y/o "EL BENEFICIARIO" realice de los estudios entregados por "SALUD DIGNA", en los cuales, no incluye una valoración médica, ni diagnóstico médico que integre expediente clínico de "EL BENEFICIARIO".

CUARTA. CONTRAPRESTACIONES Y FORMA DE PAGO. "LAS PARTES" acuerdan que el importe a pagar por los beneficiarios de "EL CLIENTE" por los servicios obtenido por "SALUD DIGNA" en razón del presente instrumento serán estudios de clínica a precio de lista vigente o en la cotización presentada al cliente al momento de la solicitud del servicio "SALUD DIGNA" está obligada a dar el servicio únicamente hasta el monto que cubra el prepago. Los beneficiarios de "EL CLIENTE" no tendrán la necesidad de pagar absolutamente nada al momento de la realización de los estudios solicitados ya que dicho servicio es por medio de un prepago el cual correrá por parte "EL CLIENTE".

La factura que "SALUD DIGNA" entregará a "EL CLIENTE" incluye Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.).

El comprobante que "SALUD DIGNA" expedirá por la realización de ESTUDIOS LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS E IMAGENOLOGIA Y LENTES DE PREPAGO, será una factura a nombre de la razón social o persona física que se estipula en el presente instrumento.

"EL CLIENTE" realizará el pago de la factura por medio de transferencia bancaria, cheque o depósito en efectivo en la cuenta **BANCOMER** 0112764199 con clave interbancaria 012730001127641997 a nombre de **SALUD DIGNA A.C.**

QUINTA. IMPUESTOS. "LAS PARTES" acuerdan que cada una será responsable del pago de los impuestos que les correspondan de conformidad con lo que establecen las leyes fiscales aplicables.

SEXTA. PREVENCIÓN DE OPERACIONES INEXISTENTES. "LAS PARTES" en el cumplimiento del presente servicio se obligan a cumplir con las siguientes declaraciones:

- a) Que no han sido notificados por la autoridad fiscal de que se presume la inexistencia de operaciones amparadas por comprobantes que hayan emitido, sin contar con los activos, personal, infraestructura o capacidad material, directa o indirectamente, en la realización de su objeto social.
- b) Que no se encuentran en los listados publicados en el Diario Oficial de la Federación o en la página de internet del servicio de Administración Tributaria entre los Contribuyentes que no han desvirtuado los hechos que se imputan, en términos del artículo 69B del Código Fiscal de la Federación.

SÉPTIMA. SUSPENSIÓN DEL SERVICIO. - Cuando en la prestación del servicio se presente caso fortuito o de fuerza mayor, "SALUD DIGNA", bajo su responsabilidad podrá suspender la prestación del servicio, el plazo de suspensión será fijada por ambas partes a cuyo término en su caso, podrá iniciarse la terminación anticipada del instrumento.

OCTAVA. VIGENCIA DEL CONTRATO Y MONTOS DE PREPAGO: La duración del presente contrato será por tiempo indeterminado, contando a partir de la fecha de firma. No obstante "LAS PARTES" podrán darlo por terminado sin responsabilidad alguna, siempre y cuando se de aviso por escrito con 30 días naturales de anticipación a la fecha que pretenda hacer efectiva la terminación.

SALUD DIGNA presta servicios bajo el sistema de prepago, por lo que el importe realizado por EL CLIENTE tendrá una vigencia máxima de 12 meses, contados a partir de la fecha en que EL CLIENTE realice el pago correspondiente.

El importe mínimo que se aceptará como prepago realizado por "EL CLIENTE" SERÁ POR LA CANTIDAD DE \$ 10,000.00

El importe no consumido al final de la vigencia no expirará, dicho importe se abonará en el siguiente monto de prepago realizado por "EL CLIENTE" a "SALUD DIGNA". Los saldos vencidos no son canjeables por dinero en efectivo; es decir, una vez que "EL CLIENTE" realiza el prepago, solamente puede aplicarse al uso que hace de nuestros Servicios durante el período de vigencia del Contrato.

NOVENA. CASO FORTUITO O CAUSAS DE FUERZA MAYOR. La falta del cumplimiento por una de "LAS PARTES" de cualquiera de sus obligaciones en virtud del presente instrumento, no se considerará como violación del mismo ni como negligencia, siempre que dicha falta de cumplimiento se deba a un evento de caso fortuito o fuerza mayor y que la Parte afectada por tal evento haya: a) adoptado todas las precauciones adecuadas, puesto debido cuidado y tomando medidas alternativas razonables a fin de cumplir con los términos y condiciones de este instrumento, y b) informado a la otra parte sobre dicho evento a la mayor brevedad posible.

Para efectos de la presente cláusula, "Fuerza Mayor" significa un acontecimiento que escapa al control razonable de cualquiera de "LAS PARTES" y que hace que el cumplimiento de las obligaciones contractuales de esa parte resulte imposible de realizarse o que puedan considerarse no viables e imposibles a realizarse en atención a las circunstancias, de manera enunciativa mas no limitativa, aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de "LAS PARTES", siempre y cuando, dichos hechos o acontecimientos sean imprevisibles, irresistibles, insuperables y actuales, tales como los que a continuación se señalan de manera enunciativa más no limitativa: terremotos, epidemias, guerras incendios, inundaciones, ciclones o huracanes, huelgas", actos terroristas, estado de sitio, levantamiento armado, alborotos públicos, escasez en el mercado de materias primas que incidan directamente con la prestación de los servicios y otras causas imputables a la autoridad.

DÉCIMA. PROPIEDAD INTELECTUAL. "LAS PARTES" manifiestan que las obligaciones y estipulaciones y cláusulas del presente instrumento no infringen ni violan en forma alguna los derechos de propiedad intelectual de los que sea titular tercero alguno, por lo que en este momento aceptan y asumen en forma exclusiva cualquier responsabilidad derivada de las acciones de toda índole, promovidas por cualquier tercero que alegue violaciones a sus derechos de autor o propiedad intelectual, derivada del uso de las técnicas, métodos operativos o cualquier otra, que se utilicen para el desarrollo e implementación de los servicios contratados. En función de lo anterior, "EL CLIENTE" se obliga a sacar en paz y a salvo a "SALUD DIGNA" de cualquier contingencia, pretensión o erogación que se pudiere derivar por los conceptos antes mencionados, por lo que "SALUD DIGNA" no responderá, en forma alguna, por las responsabilidades que en su caso pudieran generarse.

DÉCIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD.- "LAS PARTES" aceptan expresamente guardar rigurosa Confidencialidad respecto a la información que mutuamente se proporcionen para el cumplimiento del presente servicio. Queda estrictamente prohibido para quien reciba la información así como para quienes formen parte de su personal, mostrar, reproducir, divulgar, retransmitir, utilizar públicamente, distribuir o efectuar cualquier otra forma de uso o explotación sin permiso por escrito de la otra parte, de cualquier tipo de material que se le hubiere proporcionado al amparo de este instrumento, bajo pena de incurrir en alguna sanción establecida en las leyes y tratados internacionales en materia de derechos de autor, además de la rescisión, en cualquier momento, del presente instrumento.

"LAS PARTES" se comprometen a mantener estricta confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso durante y con motivo de la prestación de Los Servicios objeto del presente instrumento, misma que no podrá ser divulgada a terceros no autorizados.

DÉCIMA SEGUNDA. CUMPLIMIENTO A POLITICAS INTERNAS DE SALUD DIGNA.- "EL CLIENTE" se compromete a cumplir con todas las políticas internas de "SALUD DIGNA", como lo son Código de Ética, Política de Uso y Manejo de Información de "SALUD DIGNA" en Redes Sociales, Acuerdo de Buenas Prácticas y Cumplimiento con las Normas de Calidad, así como cumplir con las leyes señaladas por las autoridades por mencionar algunas la Ley General de Responsabilidades Administrativas, Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción, Ley de Protección de Datos Personales, Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares entre otras, aplicables a la materia.

"EL CLIENTE" se comprometen a que cualquier incumplimiento, corrupción, intento de soborno, discriminación, u alguna violación por cualquier persona, colaborador, proveedor o funcionario de su grupo o filial o por parte de algún colaborador de "SALUD DIGNA" a las políticas internas o leyes antes mencionadas, deberá ser declinada en forma inmediata y comunicada al área de Cumplimiento de "SALUD DIGNA" a la dirección de correo electrónico buenaspracticas@salud-digna.org, explicando lo más detallado posible la situación. Lo anterior, con independencia de cuál de "LAS PARTES" de este Instrumento haya sido la que fue sujeta de cualquier insinuación, intento, solicitud o exigencia relacionada con las conductas prohibidas antes mencionadas.

DÉCIMA TERCERA. PROTECCIÓN DE DATOS. "LAS PARTES" acuerdan, conforme a Ley Federal de Protección de Datos de Personales en Posesión de Particulares, proteger los datos personales o sensibles que una parte (TITULAR) le proporcione a la otra (RESPONSABLE), observando los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, previstos en la Ley antes mencionada, debiendo tomar la parte receptora medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas que permitan proteger los datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado.

Así mismo "LAS PARTES" pondrán a disposición sus Avisos de Privacidad, mismo que serán atendidos y aceptados de acuerdo a los términos y condiciones y se obligaran a revisar periódicamente las actualizaciones de los mismos, Salud Digna a través del sitio de internet www.salud-digna.org/aviso-de-privacidad.

Asimismo, "LAS PARTES" manifiestan que conocen, cumplen con las obligaciones derivadas de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, comprometiéndose a dar un correcto uso a los datos personales y sensibles de sus titulares obtengan como consecuencia de la ejecución del presente instrumento. Cada una de "LAS PARTES" es responsable del cumplimiento de la citada Ley en relación al desempeño de sus respectivas actividades.

"EL CLIENTE" y sus beneficiario estarán sujetos a el aviso de privacidad y tratamiento de sus datos personales de SALUD DIGNA, el cual firmarán en el presente acto, autorizando y otorgando su consentimiento para la transmisión de sus datos personales sensibles de carácter médico que sean conocidos por "SALUD DIGNA" durante el proceso de los servicios, y estos sean entregados a "EL CLIENTE" y/o sus empresas filiales, liberando a "SALUD DIGNA" de toda responsabilidad. Dicho documento se adjunta como Anexo A, a estos términos y condiciones.

"EL CLIENTE" se compromete a consultar el Aviso de Privacidad Integral, que dicha Institución divulga en sus páginas en internet www.salud-digna.org/aviso-de-privacidad, <http://www.salud-digna.org/aviso-de-privacidad>

DECIMA CUARTA. FIRMA ELECTRÓNICA.- LAS PARTES acuerdan que el presente instrumento podrá ser firmado mediante firma autógrafa, o bien, por medios electrónicos (Firma Electrónica Fiable o Firma Electrónica Avanzada "e. Firma") en atención a las regulaciones contenidas en la Ley de Firma Electrónica Avanzada, en los artículos 89 y 89 bis, en relación con el artículo 97 del Código de Comercio en relación con las formas de autorización por medios electrónicos y sus definiciones, y lo contenido en la fracción I, del artículo 1803 del Código Civil Federal en relación con las formas de obtención del consentimiento, considerando la firma facsímil, y en su caso, con los requisitos que establece la NORMA Oficial Mexicana NOM-151-SCFI-2016, requisitos que deben observarse para la conservación de mensajes de datos y digitalización de documentos.

Habiendo leído "LAS PARTES" el presente instrumento y enteradas de su contenido y alcance legal, manifiestan que su voluntad no fue influenciada por ningún vicio que pudiera nulificar o invalidar en todo o en parte, por lo que lo firman de forma electrónica en la Ciudad de Culiacán Sinaloa.

ANEXO A

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD.

Nombre del Empleado: _____

Identificación del Empleado: _____

Dirigido a: Salud Digna, A.C.

Francisco Villa #113 Sur, Colonia Centro, C.P.80000, Culiacán Sinaloa,
México

Salud Digna, A.C. (en adelante "Salud Digna") es un laboratorio de análisis clínicos, cuenta con políticas de privacidad conformes con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares para garantizar la privacidad y la protección de los datos personales de sus clientes/usuarios. Su Aviso de Privacidad está disponible en el siguiente link: <https://salud-digna.org/aviso-de-privacidad/>.

Es importante hacer notar que las prácticas de privacidad de Salud Digna requieren que ésta "obtenga, almacene, utilice y divulgue información de salud y datos personales siempre adoptando las medidas necesarias que garanticen la privacidad del paciente y la protección de sus datos personales, cumpliendo con todas las leyes que le resulten aplicables". En ningún caso Salud Digna divulgará su información de salud y datos personales, excepto en los casos permitidos por la ley.

Consentimiento: Por el presente otorgo mi consentimiento para que se me practiquen estudios de laboratorio, y asumo cualquier riesgo asociado con el proceso de las pruebas. Declaro que soy mayor de 18 años de edad y que puedo otorgar mi consentimiento para la realización de estudios de laboratorio. Entiendo que los resultados de la prueba me serán revelados tan pronto como sea posible, después de que la prueba sea completada. Acepto y reconozco que el intercambio de datos con _____, se realizará a través de un proceso seguro, en el cual se han implementado las medidas de seguridad necesarias para mantener segura mi información de salud y datos personales.

Autorización: Autorizo a Salud Digna, A.c. a revelar a _____, toda la información relativa a mis pruebas y diagnóstico, incluyendo datos personales y datos personales sensibles. La información y datos a ser divulgados se limitarán, en la medida de lo posible, a la información pertinente según lo determine Salud Digna.

Propósito de la divulgación: Ayudar a _____, a proteger la salud y seguridad de su personal, clientes, proveedores de servicios y contratistas.

Como parte del presente beneficio que otorga _____, a sus empleados, es posible, si así lo solicito, que los estudios puedan realizarse a un miembro de mi familia directa, a saber, mi cónyuge e hijos. En tal caso se solicitará la autorización de aquellos que legalmente pueden otorgarla y por los menores de edad, yo, como padre o madre, podré otorgar el consentimiento y autorización requeridos.

Fecha de vencimiento: Entiendo que esta Autorización es válida por cinco (5) años a partir de la fecha que se indica.

Revocación de Derechos: Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Salud Digna. La revocación se hará efectiva al recibirla Salud Digna. Cualquier información de salud y datos personales divulgados de acuerdo con esta Autorización.

Uso de la información por parte de _____: Entiendo que _____, tratará mi información y datos personales de acuerdo con los principios de tratamiento de datos personales y los deberes de seguridad y confidencialidad, de conformidad con las finalidades expuestas en el presente y el Aviso de Privacidad que ha sido puesto a mi disposición y que puedo consultar en todo momento en recursos humanos o la intranet.

Entiendo y estoy de acuerdo que la elegibilidad para mis estudios de salud está condicionada a la firma de la presente Autorización.

Al firmar, manifiesto y acepto que he leído la presente Autorización para la divulgación de información de salud y datos personales relacionados con mi información personal a _____, Reconozco y acepto los términos de esta Autorización.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBA PARA DETECTAR SARS-CoV2 (COVID-19)

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

En su caso, nombre del padre, madre o tutor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Los datos obtenidos en este estudio son confidenciales y deben ser manejados sobre la base de estrictos principios de privacidad.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para este procedimiento de toma de muestra y procesamiento de la misma. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Antes de firmar y aceptar, es importante que lea despacio la información siguiente:

Información relativa al procedimiento.

1. El procedimiento consiste en: Se utiliza la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para SARS-COV 2 (CORONAVIRUS COVID 19). Técnica y procedimiento debidamente reconocido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) de la Secretaría de Salud Federal.

El tiempo de entrega del resultado de la prueba es de 48 a 72 horas.

2. Propósito: El propósito y las limitaciones de la prueba son en particular que podrían identificar la presencia de SARS-COV 2 (CORONAVIRUS COVID 19) para su seguimiento y tratamiento necesario.

3. Repetición de toma de muestra: En aproximadamente el 1% de los casos se le solicitará al paciente repetir la toma de la muestra para pruebas confirmatorias o descartar interferencias en el resultado.

4. Fines de Investigación: Mediante la realización de esta prueba se puede obtener información del individuo estudiado no relacionada con la preocupación médica para la cual esta prueba ha sido solicitada, esto es para fines de control epidemiológico, investigación, estadísticos, entre otros.

5. Resultados: La interpretación clínica de los resultados se basará en la información científica disponible actualmente, la información clínica facilitada y el tipo de estudio solicitado, **los resultados pueden ser de tres tipos: indeterminado, positivo o negativo.**

Como sucede en cualquier prueba de diagnóstico y en específico las pruebas PCR, un resultado **NEGATIVO** no garantiza la **NO** presencia del virus o de la enfermedad, ya que esto dependerá de diferentes factores tales como a) El periodo de ventana de cada persona al inicio del contagio; b) Factores internos: ingesta de medicamentos el día del estudio o en los últimos 3 días antes de la prueba, tales como antivirales, antibióticos, inmunosupresores u otros que pudieran alterar el resultado; uso de cigarro, alcohol o drogas; c) Sensibilidad, especificidad de equipos y pruebas realizadas con PCR en tiempo real, que se reportan a nivel mundial y que podría existir al menos el 3% de falsos negativos, como lo reporta la literatura (Colin P. West, MD, PhD; COVID-19 Testing: The Threat of False-Negative Results, Mayo Clinic Proceedings April 9, 2020). También reporta la literatura científica, que en presencia de baja carga viral al momento de la toma podría existir la posibilidad de que el estudio sea negativo, aun teniendo la infección (Wang W, Xu Y, Gao R, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786). Todos los pacientes con pruebas con resultado **NEGATIVO**, pero que **SI** presentan síntomas de la enfermedad COVID-19, deben de tomarse las medidas como si el paciente portara la enfermedad COVID-19 por lo que se recomienda consultar las medidas implementadas por la Secretaría de Salud de seguimiento a los pacientes positivos o consultar a su médico.

De igual forma como sucede en cualquier prueba de diagnóstico y en las pruebas PCR un resultado **POSITIVO** no garantiza la presencia del virus o de la enfermedad, existen casos en los que por condiciones propias del paciente las pruebas pueden sufrir alteraciones en los resultados y debido a la alta sensibilidad de la prueba algunos casos **NEGATIVOS** serán encontrados **POSITIVOS**.

En caso de tener una prueba con resultado **POSITIVO** y **NO** presentar síntomas, se recomienda aislarse por 14 días en su casa y de preferencia aislado de otros familiares aun estando dentro de la misma casa. Una vez transcurridos los 14 días y el paciente no presentó síntomas ya puede reintegrarse a las actividades normales nuevamente **manteniendo las medidas de distanciamiento social, de higiene de manos y desinfección constante de superficies**. Se recomienda consultar las medidas implementadas por la Secretaría de Salud de seguimiento a los pacientes positivos de COVID-19.

En caso de tener una prueba con resultado **POSITIVO** Y **SI** presenta síntomas, si los síntomas son bajos o leves, se recomienda aislarse por 14 días en su casa y de preferencia aislado de otros familiares aun estando dentro de la misma casa. Una vez transcurridos los 14 días es necesario que el paciente evalúe nuevamente su condición de salud para asegurarse que se encuentra libre totalmente de la enfermedad COVID-19.

Si los síntomas son más extremos y existen condiciones como dolor agudo de cabeza o dificultad para respirar, se recomienda acudir inmediatamente al hospital de preferencia del paciente y que este seguro brinden asistencia a pacientes COVID-19. Es importante conocer en todo momento qué hospitales están preparados para recibir este tipo de pacientes. Se recomienda consultar las medidas implementadas por la Secretaría de Salud de seguimiento a los pacientes positivos de COVID-19.

Un resultado **indeterminado** se refiere a que en la fracción de la muestra evaluada se emitió una fluorescencia hacia el gen de interés, por lo que no es suficiente para catalogarlo como positivo o negativo. Esto ocurre en etapas recientes o tardías después de tener contacto con partículas virales de SARS-CoV-2

Las recomendaciones de Salud Digna son de carácter informativo. Es importante consultar a su médico tratante y seguir las recomendaciones oficiales de la Secretaría de Salud.

6. Toma de muestra: La muestra que se obtendrá en los sitios de toma de muestra en Salud Digna será: Exudado Faringeo y Nasofaríngeo. La toma de muestras se realiza de la siguiente forma:

Exudado faríngeo

Durante la toma de muestra sujetarán su lengua con un abatelengua y frotarán con firmeza la pared posterior de la garganta (orofaringe) con un hisopo estéril con mango de plástico y punta de rayón o dacrón, al frotar se obtendrán células para su análisis. Es posible que usted durante el procedimiento experimente molestias, dolor, sangrado y/o vómito en la garganta.

Exudado nasofaríngeo

Se le solicitará recostarse y elevar un poco su cabeza, introducirán suavemente un hisopo estéril con mango de alambre flexible (con punta de rayón o dacrón), paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños); una vez ahí, se rotará el hisopo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células para su análisis), posteriormente se retirará el hisopo cuidadosamente sin dejar de rotar. Es posible que durante el procedimiento usted experimente molestias, dolor, sangrado y/o vómito en la nariz.

7. Riesgos: Aunque la toma de la muestra los riesgos posteriores son mínimos, pueden presentarse casos en los que durante el mismo día exista, dolor, inflamación, sangrado, y/o vomito leve. Cualquier molestia después de las 24 hrs de la toma o los síntomas se agudizan se recomienda consultar a su médico.

En caso de haberse sometido recientemente a cirugía de nariz o amígdalas (menos de 3 meses), se recomienda consultar con su médico la posibilidad de realizarse la prueba y es necesario contar con su autorización y presentar orden médica al momento del estudio.

Autorización:

He recibido la información sobre la indicación, propósito, características y riesgos potenciales del estudio **SARS-CoV2 (COVID-19)**. Asimismo, he tenido la oportunidad de leer la información facilitada sobre el cuestionario y las preguntas que han sido respondidas por mí mismo bajo protesta de decir verdad de acuerdo al *Triage* establecido.

Comprendo que mi muestra, el perfil genético y/o mis datos personales, se almacenarán en las bases de datos que procesa SALUD DIGNA A.C. quienes me dieron a conocer su aviso de privacidad para el tratamiento y protección de datos personales, quienes hacen de mi conocimiento que mi información y el resultado de la prueba puede ser compartido por disposiciones legales con autoridades sanitarias federales y estatales para efectos epidemiológicos, de investigación, estadísticos y de contacto.

Salud Digna A.C. no está obligada a devolverme mi muestra para ningún fin por parte del paciente o ningún otro interesado que no sean las autoridades bajo los reglamentos normativos que apliquen.

En caso de robo, acceso, extravío, degradación o destrucción no autorizados de mi muestra, seré informado de los hechos siempre que esto no comprometa la privacidad de mis datos, así como para el caso de que me tengan que contactar para la repetición de una toma adicional de la muestra.

Confirmando que he entendido el contenido del presente consentimiento informado, ha sido en un lenguaje entendible sin impedimento cultural, religioso u otro para la toma de mi muestra, sin intervención u opiniones expresadas por los médicos y personal del laboratorio que ofrece los servicios.

Testifico que al momento de mi toma cumplo con los siguientes requisitos:

No haber consumido goma de mascar (chicles) por lo menos 2 horas antes de la toma. No haber consumido Alcohol ni tabaco el mismo día de la toma.

No haber tomado medicamento 3 días previos al día de hoy. (Antivirales o antibióticos) Si estoy tomando medicamento y autorizo la toma (*especificar medicamentos*):

Por lo anterior en pleno uso de mis facultades, autorizo y otorgo mi voluntad en los términos del presente consentimiento, doy mi consentimiento y acepto que sea tomada mi muestra y procesado mi resultado, que mis datos y toda mi información personal se almacenen en bases de datos confidenciales de SALUD DIGNA A.C, que fui informado y consiento que sea compartida mi información de carácter personal y privada de acuerdo a lo aquí señalado y la legislación aplicable.

AUTORIZO

Nombre y firma

TESTIGO

TESTIGO

DECLARACIÓN OBLIGATORIA PARA CASOS DE MENORES DE EDAD:

Me han explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente por el lenguaje claro con el que me lo han explicado y por ello YO, _____ con documento de identificación, mismo del cual otorgo fotocopia para que se anexe al presente, doy mi consentimiento para que el (los) tomador de muestra (a) (es) y el personal auxiliar que él/ella (os) precise (n) le realicen este procedimiento a (nombre del paciente) _____, señalando que soy su (Padre, madre, tutor) _____.

AUTORIZO

Nombre y firma del padre, madre o tutor

TESTIGO

TESTIGO

LUGAR Y FECHA: México a _____ de _____.

ANEXO C

ORDEN DE SERVICIO



1. Nombre del beneficiario, confirmado con la INE.
2. Folio del portal de órdenes de servicio. Al ingresarlo se desglosa en automático el estudio o paquete a realizar y el nombre de la empresa.
3. Nombre de la empresa a la que se emitirá la factura.

Guía de descarga de orden de servicio:

Usuario y Contraseña: se solicita a su Ejecutivo de Vinculación Institucional. Página: <https://salud-digna.org/atencion-empresas/>
Cómo realizar una orden: <https://youtu.be/ROAeHjqcY>

Cómo consultar los resultados: <https://youtu.be/xp7myHSQ>