



NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

KP-F-SST-11
REV 1
FEB 24

YO, _____, identificado(a) con DNI No. _____ con fecha _____, certifico que:

1. 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, autorizó a **KLUANE PERU SAC** para efectuar las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas, tales como alcohol etílico, marihuana, cocaína, anfetaminas (éxtasis), benzodiazepinas (pepas), opiáceos (heroína) y demás sustancias similares o derivadas.
2. Hago constar que conozco que KLUANE PERÚ SAC no tolera el consumo de sustancias psicoactivas y entiendo las implicaciones, como las posibles sanciones por consumo de alcohol o drogas lícitas o ilícitas y he recibido las explicaciones referentes al procedimiento utilizado para la toma y entrega de los resultados de la prueba, el cual acepto.
3. Hago constar que conozco que debo informar al personal SST o a Talento Humano sobre los medicamentos o sustancias que he consumido y entiendo que un resultado positivo de esta prueba, indica con alta probabilidad, de la presencia de ésta(s) sustancia(s) en mi organismo.

Medicamentos: _____

Otras Sustancias: _____

4. Existen varias pruebas diseñadas para este propósito las cuales se dividen básicamente en dos tipos: **Presuntivas**: que en caso de ser positivas indican una posible presencia de las sustancias psicoactivas y **Confirmatorias**. La prueba que se realizará inicialmente será de tipo presuntivo y en caso de salir positiva o indeterminada se realiza una prueba confirmatoria.
5. Comprendo que, para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma por el personal SST y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba, registrando los resultados en el formato KP-F-GSST-36 PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, el cual será custodiado por el área SST y al cual solo se tendrá acceso para fines laborales.
6. A pesar de lo anterior, **KLUANE PERU SAC** no será responsable por posibles sanciones, daños o perjuicios causados a terceros, o a mi persona, derivados del uso de los resultados y es por esta razón que Kluane custodia de manera adecuada los resultados. Confirmando haber tenido la oportunidad de preguntar y resolver mis dudas con respecto al examen. Declaro que he dado esta autorización voluntariamente y sin coerción.

Acepto,

Nombre _____

DNI _____

Firma _____

Fecha _____