1924

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
LA APARTADA		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ubaldo Antonio Ricardo		CC 15.301 521
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73	3504409461	Los Naranjos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

16-05-1960.

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __r__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15301521		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1925

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		CASS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alejandro Antonio Martinez Buys		CC 6.620.566
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
81	— o —	Los Pozillos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

27-02-1942 3157579542

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba____ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Alejandro A Martinez B		Ana Eusebio
6.620.566.		50914003
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1926

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
LA Apartads		casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Gabriel Noriega Jimenez		cc 3.423.077
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	— o —	Los Naranjos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
campesino.		

10-09-1959

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __q__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Luis noriega		Ana Eusebio
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
3423077		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1927

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Guillermo Manuel Rivera Cortes		CC 1.101.389.260.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29	3116783232	Los Nogillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino		

25-07-1993

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba X o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Guillermo		Amor Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1101389260		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1928

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		CASA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Eduardo Cueto Marquez		CC 6.620.981.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
78.	3158939699	Los Naoillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

27-12-1945

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al medico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __1__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el dia 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
6620981		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1929

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alexander Arenas Salgado		CC 8.055.438.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
39	3108966664	Los Naranjos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Empleado.		

07-10-1983

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _X_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
8055438.1519		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1930

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rigoberto Alvis Gantalet		CC 78291322.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3185257062	Los Nogillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
campesino.		

04-11. 1959

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 1 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Rigoberto Alvis		50940059.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78291322		Ana Eusebio
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1931

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alcides Enrique Manega Montes		CC. 78.105.593.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3154730069	Los Novillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino		

24-06-1959.

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 1 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78105593		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1932

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		CASS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Victor Manuel Lugo		CC 1545890
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
83		Los Pocillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __x__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ruiz
1545890		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1933

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Matias Eduardo Gonzalez Torres		cc 8.056.904.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38	3122115354.	Los Mocillos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor.		

14-06-1984

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _Y_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Matias Gonzalez		Ana Enrique
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
8056904		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1934

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jader salgado Julio		CC 98.651.217.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
45	3114378208.	Los Naollos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Tecnico Ambiental.		
27-09-1976.		

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __1__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
986512A		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1935

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Silvana Escobar Goenaga		CC 39.288.620.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38	3176223965	Los Pollos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		

14-10-1984

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 1 ___ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
39288620		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1936

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana Cecilia Villegas Martiel		cc 1017-180861
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3172712120.	Los Naranjos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

03-07-1989

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _Y_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Ana Villegas		Ana Ensueño
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1017 180861.		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1937

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dalia Dayana Durango Escobar		CC 39.282.099.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43	3126988015.	Los Mollos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Medico Veterano.		

15-06-1979

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 1 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Dalia Durango		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
39282095.		
Documento de identidad	Documento de identidad	50940059. Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1938

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elda Osorio Verona		CC 1.063.288.395.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43	3182308171	Los Novillos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

04-11-1979

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 9 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Elda Osorio		Ana Enciso
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1063288397		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Naín - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1939

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		finca
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dorita Guerra Viloria.		CC 1007318723.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37	3218227385.	Los Naillos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

30-11-1985

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaria de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _T_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Dorita Guerra		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1007318723		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contacteros@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1940

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		finca
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Victor Manuel Arieta Lambraño		cc 10.888.120
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41	313 740 4929	los Nogales.
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

08-12-1981

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 4 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
.VICTOR H		Ana Eusebio
.10888120		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1942

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartado		finca.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Walter Manuel Atencia Cuello		CC 15.745024.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
64	3167454435.	Los Nogales.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

07-08-1959

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __X__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Walter Atencia		Ana Ensuncho
15745024		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1943

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		finca
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
German Borja Alvarez		CC. 8.048.654.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50	3174366746.	Los Nogales.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante		

14-04-1972

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _9_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
GERMAN. E. BORJA		Ana Ensuncho
8.048.654		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

Palacio de Nain - Calle 27 No. 3 - 28 Montería - Córdoba PBX: + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

1944

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		fincs
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Enith del Carmen Lopez Espitia		CC 25.806.272
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
67	3175965781	Los Nogales
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		

20-04-1955

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 4 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Enith Lopez		Ana Ensuncho
25806272		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1945

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Cg Apartados		fincs
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jose Francisco Chima Peret		CC 6.700.778
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
69	314 8556323.	Los Nogales
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Campesino.		

28-04-1954

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _y_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		50940057

Elaboró: Fundación Beraca

1947

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		fincs
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maycol Andres Mendoza Zapata		CC 1066.572.649
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
13	3175965781	Los Naranjos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		

26-06-2009

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba X o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 09 de 2023.

Maicol	Estella Lopez	Ana Echeverria
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.066.572.649	1.25806272	50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1948

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		finca
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Danilo Enrique Mendoza Ruiz		CC 8.049.503
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3172588133.	Los Nogales
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vaquero.		

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _a_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023

Danilo		Ana Ruiz
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
8.049.503		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1949

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		fincs
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Victor Alfonso Ramos Pineda		CC 1.066.570.612
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	317 258 8133	los Nogales
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vaquero		

11-09-1988.

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __X__ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

Victor Ramos		Ana Erazo
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.066 570 012		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1950

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
La Apartada		fincs
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jose Luis Navarro Angulo		CC 1.052.041.332
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	3147194209	Los Naylos.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vaquero.		

13-11-1988

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la Secretaría de Desarrollo de la Salud de departamento de Córdoba para que se me realice prueba de tamizaje y anticuerpos para brucelosis.

GENERALIDADES

Estas pruebas detectan aglutinación tamiz e identifican anticuerpos para brucelosis, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta a una bacteria del género Brucella en un lapso de días o meses después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el agente patógeno.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de Brucella en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con la bacteria, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por la bacteria y requiere que conexo a este resultado se visite al médico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 4 o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Para constancia de lo anterior se firma el día 04 del mes 04 de 2023.

JOSÉ LUIS NAVARRO ANGULO		Ana Enriche.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1052041332		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca