1437

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

7173

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS 24-OCT-1946.		EL CAMPANO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
RAFAEL ANTONIO PEINADO VEGA		CC. 70.900 763
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 AÑOS.	3215017000.	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		Edilthe Martinez

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 05 del mes ABRIR. de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Rafael A. Peinado		Edilthe
10.900.763		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1438

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

70-A605-7946.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
FAJIME DEL SOCORRO GOMEZ RICARDO		CC. 34.900 123
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 AÑOS.	3215077000	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edeltha Martínez

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 05 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
34900123		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1439

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
SAN CARLOS.		EL CAMPANO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
VICTOR SAUL PEINADO PEREZ		CC: 77.155.691
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42 AÑOS.	3118246309.	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		Edilta Martínez

43-AÑOS-1980.

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Victor Peinado		Edilta
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
77155691		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1440

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
SAN CARLOS 16-JUL-1955.		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
AGUSTINA DEL CARMEN PEREZ PEINADO		CC. 34.900.216.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
67 AÑOS	3113727047.	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edeltha Martínez

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
A Agustina		Edeltha
34900216		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1441

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

05-mayo-200

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		El CAMPANO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MILETH PAOLA PEINADO MESTRA		CC. 1003592022.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22 AÑOS.	3118246309.	El CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilthe Martinez

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 05 del mes ABRIL de 2023.

Mileth Peinado.		Edilthe
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003592022		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1441442

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
SAN CARLOS 28-10-1992.		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
WENDY LORAINE JIMENEZ YANEZ		CC. 1003591640.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30 AÑOS.	3117285466.	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edith Martinez

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 05 del mes ABRIR. de 2023.

Wendy Jimenez		Edith
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003591640.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1441443

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

11-JUN-2022.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ISAIAS TAFUR JIMENEZ		TI: 1169 463 528.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
11 AÑOS.	3117285468	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Eolitta Martinez

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	windy Jimenez	Eolitta
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	1003591640.	26175336

Elaboró: Fundación Beraca

1444

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
SAN CARLOS 23-MAYO-1954.		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
GLADIS PEINADO BUELVAS.		CC: 34.900 222.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
67 AÑOS.	3173428247.	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edwin Martínez

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 _____ 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 05 del mes ABRIR de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Edwin
34900222.		2617533b
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1441445

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
SAN CARLOS 31-ENER-1973		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARIA VICTORIA JIMENEZ PEINADO		CC. 26.762.501
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30 AÑOS	3173428247	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		JOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		JOHESMI ARTEAGA
26762501		1003 594 459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1446

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
SAN CARLOS 03-ABRIL-1971		EL CAMPANO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DENNIS ENRIQUE JIMENEZ PEINADO		CC. 11 153 596
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
52 AÑOS	3218891927	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		YOHESMI ARTEAGA

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 05. del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		YOHESMI ARTEAGA
11153596		1003514459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

141947

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
SAN CARLOS 27-SEP-2000		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ERASMO ESPITIA JIMENEZ		CC: 1003434433
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22 AÑOS	3173428274	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		JOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Erasmo ESPITIA		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003434433		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

9448

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
SAN CARLOS · 26-MAY-1968.		EL CAMPANO.
NOMBRE JOSE. FRANCISCO MOLINA ABUIRRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO CC. 70.931.752.
EDAD 54 AÑOS	TELÉFONO 3148756475.	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE OFICIOS VARIOS.		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA YOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		YOHESMI ARTEAGA
10931752		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

145/1449

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

08-MARZO 7966.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JORGE LUIS HOYOS MARTINEZ		CC. 78.705.213
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
57 AÑOS	3058075387	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		JOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIR. de 2023.

Jorge Hoyos		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78705213		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

14514 50

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

78-A605-2005

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JULIO ALBERTO MONTERROSA		POLO TI: 1062967772.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17 AÑOS	3106940463	E CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		YOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIL de 2023.

Julio monterrosa		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	1143151660	1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1451

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
SAN CARLOS 27-ABRIR-2005		EL CAMPANO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS DANIEL GAMERO JIMENEZ		TI: 1.071349.607
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17 AÑOS	3106940463	EL CAMPANO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		JOHESMI ARTEAGA

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 05 del mes ABRIR de 2023.

Luis Daniel Gamero J.	Luis Carlos Gamero V.	JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071349607	1111316 20	1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1452

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

8-03-58.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos 5- ABRIL 2023		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Leonel Antonio Torres Peinado		cc 11150967.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	3235072631	El campano.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios Varios		Eydis Suarez Y.

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 5 del mes 04 de 2023.

X LEONEL TORRES		Eydis S
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
CC 11150967		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

145 1453

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

2-Dic-2008.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
David Antonio Ramos torres.		TI 1062966.689
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
14	3235072631	El campano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		Eydis Suarez V.

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 5 del mes 04 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X Arnidis Torres	Eydis S.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	V 1071353019	50922484

Elaboró: Fundación Beraca

1454

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
S. carlos 19-Ago-2011		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
David Nova torres		TI. 1062. 443.834
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
11	3235072631	El campano.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		Eyder Suarez V

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 dia 5 del mes 04 de 2023.

	X Arnidis torres	Eyder S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X1071353019	80922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1452 1455

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
S. carlos. 27-10-89		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Arnidis Rosa torres Duarte.		cc. 1071353019
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3235072631	El campano.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Fydis Suarez V.

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 5 del mes 04 de 2023.

X Arnidis Torres		Fydis S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X1071353019		5692249
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1456

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
S. Carlos 30-04-1991		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Gloria Esther torres Duarte.		CC. 1.003.591.746.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	3217541343	El campano.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Eydis Suarez V.

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 _____ 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 5 del mes 04 de 2023.

X Gloria Torres		Eydis
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1003591746		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1457

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

23-04-59

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos.		El campano
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Celsa perez penado		CC. 34978590
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3145386628	El campano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Eydis Suarez V

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 5 del mes 04 de 2023.

X Celsa Perez Penado		Eydis
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 34978590		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1469 1458

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
SAN CARLO - 5 - ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
SOL MARIA TELEIGUA JIMENEZ		TI 1071357544
EDAD 26-11-15 6 AÑO	TELÉFONO 3148756415	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ESTUDIANTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA Eyd's Suarez V

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 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eyd's S.
Documento de identidad	Documento de identidad	1071227984 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1459

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
SAN CARLO - 5 - ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
NELLYS JIMENEZ PEINADO		26162499
EDAD 1-7-72	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50 AÑO	3148756415	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		ALEXI PETRO

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 dia 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Nellys
Documento de identidad	Documento de identidad	30656703 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1460

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
SAN CARLOS 5 ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YEIRA JIMENEZ YANEZ		1003591641
EDAD 27-2-94 29 AÑO	TELÉFONO 3207708904	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		ALEXI PETRO

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 efectuen 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 5 del mes ABRIL de 2023.

Yeira Jimenez		Alexi Petro
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003591641		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

14 1961

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
SAN CARLOS - 5 ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
KISSIS JIMENEZ YANEZ		1003591651
EDAD 24-03-95	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28 AÑO	3117687930	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ENFERMERIA		ALEXI PETRO

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 5 del mes ABRIL de 2023.

+ Kissis Jimenez		Alexi
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003591651		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1462

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
SAN CARLOS 5 - ABRIL - 2023		Domicilio
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DAIRO JIMENEZ PEINADO		11153131
EDAD 5-02-70 53 AÑO	TELÉFONO 3116393668	DIRECCION DEL PACIENTE El CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
MUSICO		ALEXI PETRO

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 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Dairo Jimenez		
11.153431		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1463

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
SAN CARLOS 5 ABRIL-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
EDIER ACOSTA HERNANDEZ		1063165595
EDAD 19-SEP-93 29 AÑO	TELÉFONO 3206287685	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE MUSICO		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA ALEXI PETRO

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 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1063165595		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1464

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
SAN CARLOS 5 ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JUAN JIMENEZ VARGAS		1071349166
EDAD 30-11-2001 21 AÑO	TELÉFONO 317 342 8274	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE OFICIOS VARIOS		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA ALEXI PETRO

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 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
JUAN Jimenez		Huella
1071349166		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1465

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
SAN CARLOS		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ROSALBA MARIA JIMENEZ PEINADO		34 900 259
EDAD 31-12-65 67 AÑO	TELÉFONO 3165126410	DIRECCION DEL PACIENTE EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		ALEXI PETRO

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 _____ del mes _____ de 2023.

Rosalba Jimenez P		Huella
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
34900259		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1466

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
SAN CARLOS 5 ABRIL - 2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS CARLOS GAMERO VERTEL		11151660
EDAD 22-10-64	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58 AÑO	3148756415	EL CAMPANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		ALEXI PETRO

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 5 del mes ABRIL de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
CC 11151660		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca