1297

G 70396

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		Camo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Eidys Mercado Orgn		CC 26.161.678
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
48	3226314209	Arroyo Negro
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

07-07-1975.

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 30 del mes 03 de 2023.

Eidys Mercado Orgn		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.161.678		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1271298

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dairo David Martinez Perez		CC 78.691.852
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56	3133963573	V Guacharacal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Motorizado		Ana Ensuncho

09-08-1966

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Dairo Martinez P.		Ana Ensuncho
78691852		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1300

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		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosa Emilia Franco Diaz		CC 30.225.344
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55		V Ca Cra 25
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

13-04-1968

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 30 del mes 03 de 2023.

Rosa Franco		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
30225344		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1301

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Margoth Cano Soto		cc 50 907414
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50	3012551589	B Santa Teresa
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

06-03-1973

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Margoth Cano Soto		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50907414		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1302

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		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Angelica Maria Vega fuentes		CC. 1073986863.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32	3223936345	V. Cariza
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

25-08-1990.

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 30 del mes 03 de 2023.

Angelica Vega f		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
cc 1073986863		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1303

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		Cgmw
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luz Marina Polo Carvajal		CC 1071348564.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43	3145794817	V Rabolargo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

02-09-1979

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 mi 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 20 del mes 03 de 2023.

Luz Marina Polo Carvajal		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071348564		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1304

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Campo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Teofilo Antonio Manet Montes		CC 78022097
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59	3	V Cordoba
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
VARIOS - campo.		Ana Ensuncho.

27-04-1963

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Teofilo		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78 022 097		50 940 059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1305

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		CAMS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Pablo Manuel Gonzalez Arizal		CC 8.638.098
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56	3106353701	V Guacharaca
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
VARIOS		Ana Ensuncho

02-03-1965

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Pablo Gonzalez		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
8638098		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1306

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
CROSILDA Plata Araujo		CC 26.161.791
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47	3108303354	V Coreta
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

04-02-1976.

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 _____ 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 mi en su integridad y según su compromiso. también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante al 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 30 del mes 03 de 2023.

Crusilda Plata		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Crusilda Plata		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1307

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: San Carlas		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: Campo
NOMBRE: Celedonio José Soto Cortel		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: CC 11 150 496.
EDAD: 72	TELÉFONO: 3113031995	DIRECCION DEL PACIENTE: B. Urb Plaza Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: VARIOS		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: Ana Ensuncho.

03-03-1951.

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Celedonio Soto		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.115.0496		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1308

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos		Campo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nayibe Isabel Lopez Urango		CC 26.159.593
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
10-03-1960	3219363294	B. El Carmen
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho

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 30 del mes 03 de 2023.

Nayibe Lopez		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26159593		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1309

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		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Patricia Gomez Lagares		cc 26.162.255
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42	3127447977	V La Coraito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

03-12-1971

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 mi en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante al 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Patricia		Ana Ensuncho
26 162 255		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1310

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		Camu
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Wilfrido Miguel Vekisqet Sanchez		cc. 11.153.107
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50	3229622359	V. el Abr.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
VARIOS - fincs		Ana Ensuncho

30-06-1972

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 ___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 30 del mes 03 de 2023.

Wilfrido Vekisqet		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.153.107		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

13/1311

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos.		Campo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carmen Elena Paynes		CC 26.160.808.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
51	3113031995	El Alor.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

06-06-1971

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 los 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 30 del mes 03 de 2023.

Carmen Paynes		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26160808		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1312

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos		Campo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jose Angel Gabrao Polo		CC. 1003.590928.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23	3145270074.	V. El Por.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Independiente - Campo		Ana Ensuncho.

12-06-1999

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 leido y entendido por mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Jose Gabrao		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003590928		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1313

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Juan Jose Padilla Pastrana		cc 1071356459
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
26	3147784355	B. Guayacal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudia		Ana Ensuncho.

22-06-1995

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 dia 30 del mes 03 de 2023.

Juan Padilla		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071356459		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1314

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Yohana Pastrana Padilla		CC 26.162.073.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
42	3015817242	B. Guamal.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Peluquera		Ana Ensuncho

09-09-1976

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
26162.073		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1315

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		Casa.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosa Enith Padilla Gomez		CC. 26.158993.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	3015817242	B/el Carmal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Restaurante		Ana Ensuncho.

16-09-1958

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 __7__ 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 30 del mes 03 de 2023.

Rosa Enith Padilla		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.158993		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Berace

1316

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sixto José Pastrana Ucrós		CC 11.150.162.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73.	3226758665	B Guarumal.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
		Ana Ensuncho

05-04-1950.

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 30 del mes 03 de 2023.

Sixto José Pastrana		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.150162		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1317

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edilberto Ramos Montiel		CC 1003589078.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38	3005118814.	B. Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
VARIOS.		Ana Eusucho.

03-03-1984

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 _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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

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

Elaboró: Fundacion Baraca

1318

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		Parque
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Nabonatar Polo Jimenez		cc 11.151.983.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
56	313 715 5318.	B San José
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Hotelero		Lucy Martinez F

15-11-1966

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
cc 11.151.983		
Documento de identidad	Documento de identidad	1069465648 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1319

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		Parque
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Carlos Andres Gomez Simanca		CC 11.153.595
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
48	3113790481	B. Coins
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Hobto tc		Lucy Martinez

20-04-1974

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1153595		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1320

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		Parque
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Consenor Rait Vega		CC 1576194
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
77	3148970231	B Remedo Pobre.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Mototax		Lucy Martinez L

11-02-1946.

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	1576194	
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		1069465648

Elaboró: Fundación Beraca

1321

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		Parque.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jairo Antonio Jimenez Galvan		cc 85.466.826.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
51	3137757580.	B. la Gloria
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor Ambulante		Lucy Martinez L

16-11-1971

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 30 del mes 03 de 2023.

Jairo Jimenez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
85466826		1069485648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1322

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		Parque.
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Vilma Callejas Alvarez		CC 50.894.834.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
51	3215076546.	B. Guamal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Docente		Lucy Martinez F

07-05-1971

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 bactena 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Documento de identidad	Documento de identidad	1069465648 Documento de identidad

Elaboró: **Fundación Beraca**

1323

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		Parque
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Nayly Gonzalez Verbel		cc 26160021
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59	3135723028	B. Guanmal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Docente		Lucy Martinez F

07-08-1963

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 7 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
cc 26160021		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1324

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		Parque
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ricardo Cantero Benavides		cc 11.151.323.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59	3126485160.	B. Coiva.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor.		Lucy Martinez F

03-06-1963

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 __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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
RICARDO CANTERO		
11.151.323		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1325

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.		Carniceria.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alfredo Marquez Benavides		CC 11.151.300.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
61	313 523 6194.	B. Cañas.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Carnicero.		Lucy Barbel F

11-06-1962

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Alfredo Marquez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.151.300 San Carlos		1069965648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1326

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		Carniceria
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Martha Almanza Sanchez		CC 1071354020.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	3017218175	B. Castilleal.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Carnicera.		Lucy Martinez F

26-08-1991.

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Martha Almanza		
1.071.354.020		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1327

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.		Carnicería
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Berrai Alfonso Ramos Montes		CC 1.071.349.049.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37	3105175605	B. Canito.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Motokero.		Lucy Martinez F

11-04-1985

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 30 del mes 03 de 2023.

Berrai Ramos		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071349049		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1328

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Tienda
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Tomas Alfonso Blanco Franco		CC 1071351648
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	3105375850	B. Pi
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Mototo x1		Lucy Martinez F

19-09-1988

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 dia 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071351648		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1329

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Restaurante
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Esmeralda Arroyo Ordoñez		cc 26161384
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50	3147950390	B Castillerd
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Restaurante		Wilmer Martinez F

23-04-1972

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 __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 al 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 30 del mes 04 de 2023.

Esmeralda Arroyo — Firma o huella del paciente

Firma o huella del tutor

Responsable

26161384 — Documento de identidad

Documento de identidad

1069465648 — Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1330

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		Tienda.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Clarly Luz Arroyo Martinez		CC 1003589917
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29	3148513057	B. Castillerd
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedora		Lucy Martinez F

27-06-1993 - Come Carne Cruda.

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Clarly Arroyo		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003589917		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1331

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yuleimis Bedoya Arits		CC 1.003591280
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22	3235249183	B. Playa Angel.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Lucy Cortinez F

17-11-2000.

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 30 del mes 03 de 2023.

Yuleimis Bedoya A.		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003591280		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1332

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nigel Antonio Gonzales Perez		cc 11.153.885
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54	310 2138920.	B Playa Angel.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
VARIOS.		Lucy Martinez F

13-05-1968

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 __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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.153.885		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1333

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Deimer Molina Montes		CC 1071 350 587
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	310 387 3447	B Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Obrero		Lucy Martinez F

18-07 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071350587		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1334

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Erly Ortega Ramos		cc 1140895354
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32	3003049166	Plaza Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez

15-07-1989

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 _____ 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 los 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 30 del mes 05 de 2023.

Erly Ortega		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1140895354		1064465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1335

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Francisco Antonio Gomez Hoyos		CC 6.583.801
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
71	3215679957	B. Guarumal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Docente retirado		Lucy Martinez F

13-02-1952

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 ~~no~~ 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
6.583.801		
Documento de identidad	Documento de identidad	1069465648 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1336

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		Cass
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Juan Carlos Mendoza Espitia		91445642
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
48	315 546 7154.	B. San José
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Motofs X.		Lucy Martinez F

17-09-1974.

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Juan Carlos Mendoza		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
91445642		1069465645
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1337

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		CASS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edwin Barboza Poche		CC 0900 80943 Venezolano
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17	3122760524	B Los Pinos Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Martinez F

28-08-2005

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 30 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Edwin Barboza		
0900 80943.		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1338

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		Casa
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hiledis Piñeres Ramos		CC 22.855.854
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
45	3203307159	B Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Martinez F

17-10-1976

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 __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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Hiledis P R		
22855854		1069465698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1339

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 30-3.23	el Mercado
NOMBRE	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Alfredo Antonio Caraballo Hernandez	78687788
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58 años 18.6.64 / 3234622675	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Cantinero	Shirly Salas N

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 leido y entendido por mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Alfredo C		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Alfredo C		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1340

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 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edinson José caraballo Hernández		11 152 586
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
53 años 25-4-71	3236328611	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
independiente		Shirly Salas N

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Edinson Caraballo H		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11152586		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Boraca

1341

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 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rafael de Jesús Romero Simanca		11151366
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59 años	3236328611	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios varios		Shirly Salas

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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Salas M
C.C. 11.151.366		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1. 1342

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 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Omar Ivan Giraldo cantero		11150762
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63 años 29-6-59	3105394699	el Mercado # 9-18
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
electricista		Shirley Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Omar S. Giraldo C		Shirley Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.150762		
_____	_____	50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1343

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA	LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos 30-3-23	el Mercado
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Leonardo enrique Almanza Sancha	1071356644
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27 años 13-12-95 3105370571	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Carnicero	Shirley Salas N

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 leido y entendido por mi en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoria 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 30 del mes Marzo de 2023.

Leonardo Almanza	_____	Shirley Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071356644	_____	50913175
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboro: Fundación Beraca

1344

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 30-3-23		T-Barotillo Medellin
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edinson José Sanchez Doria		11 152 281
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
55 años 7-10-67	3166606641	ti barotillo Medellin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Edinson		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11152281		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1345

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 30-3-23	el Mercado
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Berta bautista Doria Doria	34955239
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 años 24-6-46 / 3177693207	el Mercado V. el Hato
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA De casa.	Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Berta Bautista Doria		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
34955239		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1346

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 30-3-23	t. barotillo Medellin
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dalys Yiney Ramos cuitiva	26 162 258
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
49 años 30-1-74 / 3215246989	t. barotillo Medellin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante	Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Dalys Ramos C		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.162.258		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1347

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
José mauricio Simanca Polo		1071 357758
EDAD	TELÉFONO 3225374962	DIRECCION DEL PACIENTE
24 años 12-9-98	3[illegible]897	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Jose M. Simanca P.		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.071.357.758		50917715
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1348

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 30-3-23	El Mercado
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria del carmen Jimenez Hernandez	CC 26 163 099
EDAD / TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50 años 23-5-92 / 3234120524	El Mercado
OCUPACION DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA De casa	Shirly Solar N

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Maria Jimenez Hernandez		Shirly Solar N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26 163099		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1349

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 30-3-23	Variedades Maria angel
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Karen cristina bertran galarza	30 685 548
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
40 año 19-9-82 / 3006921036	V. Maria angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante	Slmly Salas N

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 30 del mes marzo de 2023

Karen C. Bertran G.		Slmly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
30685548		5097115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1350

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 30-3-23		Variedades Maria angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Alexandra espitia Verbel		1093 590100
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
21 años 25-4-02	3006921036	V. Maria angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedora		Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Maria Espitia.		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003590100		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1351

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 30-3-23		Variedades Max y Meno
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Juan Guillermo Ramirez Acosta		78 763 720
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
40 años 28-5-82	3002299555	Mas por menos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Shirly Salas N

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Juan Guillermo Ramirez		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78.763.720		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1352

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dioselina del carmen muskus pacheco		26 158 754
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 años 15-1-47	3108224293	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Dioselina Muskus		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26158754		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1353

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 30-3-23	Ferreteria
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
tirso nel muskus pacheco	1113504437
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
68 años 15-6-54 3108224293	Ferreteria
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante	Shirly Sala N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Tirso Nel Muskus		Shirly Salas
1113504437		50917615
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1354

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 30-3-23		Ferretería
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Daniel Raul MUSKUS pacheco		2 818 164
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
80 años 21-6-42	3205395915	Ferretería
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Shirly Salazar

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 mi 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 30 del mes Mar 20 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Daniel Raul P		Shirly Salazar N
2818164		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1355

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos 30.3.23		CDI Cariñosito
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yarlenis Sofia Alvarez Mora		26 163 046
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41 años 29-11-81	3214804276	cariñosito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Madre comunitaria		Shirly Salas 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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Yarlenis Alvarez Mora	_____	Shirly Salas V
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26163046.	_____	56917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1356

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 30-3-23		CDI cariñosito
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Enilda elvira Alvarez Herrera		26 157495 H
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
84 años 14.5.38	3043188830	CDI cariñosito H-cB
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Shirly Salas N

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023

Genilda Alvarez		Shirly Salas
Fecha o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.157.475		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1357

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 30-3-23		H.C.B cariñosito
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sisis Del Socorro Cogollo Alvarez		26 160 000
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56 años 22-10-66	3104318830	H.C.B cariñosito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Shirly Salas N

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 30 del mes Marzo de 2023.

Sisis Cogollo A		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26,160,000-		50.917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1358

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 30-3-23		H-C B cariñosito
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Yesidis Maria Alvarez Mora		26 163 254
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
42 años 2 to 80	3147092510	H-C B cariñosito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Shirly Salas N

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 esto, 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 30 del mes Marzo de 2023.

Yesidis Alvarez		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26 163 254		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1359

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos 30-3-23		El Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria dolores Pacheco pacheco		25 841 496
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 años 12-12-46	3016850797	El Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Shirly salas N

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 dia 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
x Maria Pacheco P.		Shirly salas N
25841496		50917715.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboro: Fundación Beraca

1360

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 30-3-23		Farmacia el exito
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dilva del socorro cosarrubia Ariza		1003588309
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 años 8-11-99	3107124182	drogueria el exito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Farmaceutica		Shirly Solar 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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Dilva Cosarrubia		Shirly Solar
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003583309		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1361

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos 30-3-23		Panaderia Donde el Chamo
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Mariana Reyes Plata		TI 1071352360
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
16 años 11-4-06	3205319773	panaderia el chamo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Mariana Reyes	Sonia Plata prima	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071352360	1071352359	35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1362

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 30-3-23		El Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jesús María Izquierdo Pacheco		11 151 197
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
61 años 2-1-62	320 5219531	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios varios		Diana Taborda

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 30 del mes marzo de 2023.

Jesús Izquierdo P.		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11.151.197		3511754
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1363

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos 30-3-23		El Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
José Jesús Izquierdo Peñaloza		1071351109
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34 años 1-11-88	3173418880	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

José Izquierdo P.		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071351109		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1364

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 30-3-23	el Mercado
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Fidel enrrique otero Yanez	6 580 041
EDAD / TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
92 años 22.3.31 317 341 88 80	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios	Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Taborda
6 580 041		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1365

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos 30-3-23		el Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Emiro Miguel Cavadia Rodriguez		1003590029
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21 años 29-12-01	3108173908	el Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios varios		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Rodriguez		Diana Taborda
1003590029		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1366

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 30-3-23	Varatillo Medellin
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Kevin Andres Campos Rojas	1105390244
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24 años 26-5-99 / 3013983381	Almacen medellin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor	Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Mzo 20 de 2023

Kevin Campo		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1105390244		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1367

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 30-3-23		Almacen medellin
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria José Sanchez Sanchez		1003588493
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23 años 6-4-00	3145382194	Almacen Medellin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedora		Diana Taborda

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 30 del mes Marzo de 2023.

Maria Sanchez		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003588493		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1368

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 30-3-23	Variedades Medellin
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Omar Andres giraldo idarraga	1037 972 857
EDAD / TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34años 14-4-88 3146704066	Variedades Medellin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Cajero	Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Omar Giraldo		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1037972857		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1369

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 30-3-23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Victor Andres Almanza Martinez		1091348881
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38 años 28-12-84	310 6415958	Fruteria el torres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Victor ALMANZA MARTINEZ		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1091348881		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1370

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 30-3-23		Cruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
carlos segundo Ramirez gonzalez		11 155 950
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
40 años 2a 9.82	3042504342	Cruteria el torrey
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana taborda
11155950		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1371

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 30-3-23		Frutería el torre
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jesús David Sierra Mercado		31968502 Venezolano
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20 años 25.12.02	3209701292	Frutería el torres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Diana Taborda

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 30 del mes Marzo de 2023.

Jesus		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
31968502		35119541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1372

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 30-3-23	Fruteria el torres
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Neiver Savir Hernandez Jimenez	1071354297
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31 años 29-1-92 3107101799	Fruteria el torres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ventedor	Diana taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Neiver Hernández		Diana taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071354297		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1373

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 30-3-23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria del Rosario Argel Argel		CC 35 115 833
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43 años 27-9-79	3135553819	Fruteria el torres
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

x María Argel		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
35115833		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1374

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

70479

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos 30.3.23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
oswaldo tulio tabuada simanca		11152404
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58 años	3105503594	Fruteria el torres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios varios		Diana Tabuada

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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Tabuada
1152404		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1375

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 30-3-23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Angel David Vega morales		1071 349 827
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17 años 29-4-05	3104223469	Fruteria el torres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Angel Vega	Yolidis Morales	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071349827	1071349743	35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1376

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 30-3-23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Emilia torres Arge		TI 1064 098 680
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
12 años 29.3.10	3195553819	Fruteria el torres
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
estudiante		Diana taborda

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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
EMILIA TORRES ARGEL	Pareá Argel	Diana Taborda
1064 098 680	35115823	35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1377

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 30-3-23	Fruteria el torres
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Berlidis del socorro Jaramillo Gonzalez	26 163 887
EDAD / TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
38 años 15-11-84 3045698687	B/ castillejal casco urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA	Diana taborda

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 30 del mes Marzo de 2023

Berlidis Jaramillo		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26763887		35119341
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1378

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 30-3-23		Fruteria el torres
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yovanis andres blandon Jaramillo		TI 073 818 173
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
16 años 18-6-06	3014163563	casco urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Diana Taborda

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 proced miento. 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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Yovanis Sandon	Berkdis Jaramillo	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073818173	26763887	93117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1379

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 30-3-23		panadería
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nancy Yaritza Cossio Bq		1097 973 436
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33 años 16-7-89	300 841 81 19	casco urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
comerciante		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Mar 20 de 2023.

Nancy Cossio		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.037973436		35113541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1380

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 30-3-23		Panaderia
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Anyi luz corcho verbel		1071349847
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17 años 14-6-05	3103856724	Casco urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedora		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Anyi Luz Corcho V	Marcos Zio	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071349847	1037973436	35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

381

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 30-3-23		Corbata Harod
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Amauris enrique mejia Ramos		1071355616
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28 años 29-12-94	3136331875	casco urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante		Diana Taborda

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 mi 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 30 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Taborda
1071355616		35119541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1382

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 30-3-23		Consado Harold
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana Mercedes Polo Martinez		1003588073
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23 años 29-6-00	313633 1875	Casco Urbano
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama De Casa		Diana Taborda

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 30 del mes Marzo de 2023.

Ana Polo Martinez		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003588073		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1383

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS 17 - ENE - 2002		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LISETH JOHANA VARGAS MARTINEZ		CC. 1003589788
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21 AÑOS	3103525857	LAS TINAS
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilia Martinez

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 dia 30 del mes MARZO de 2023.

Liseth Vargas M.		Edilia
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003589788		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1384

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS 17-JULI-1997		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
URIEL MANUEL ESTRADA RAMOS		CC: 1067940393
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑOS	3103525857	LAS TINAS.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		Edithra Montes

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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Uriel Estrada		Edwin
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1067940393		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1385

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

12-DIC-1958.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ELVIA ROSA ARRIETA JIMENEZ		CC: 26 762 045.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
64 AÑOS	3124075578	LAS TINAS.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

ELVIA A		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26 762 045		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Berraca

1386

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	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 01-ENE-1966		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
EDILSA MASCA CASTAÑO.		CC: 34.993.744.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
57 - AÑOS	3123950359	LAS TINAS.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		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 30 del mes marzo de 2023.

Edilsa masca		Yohesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
34993744.		1003599459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1387

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

07-nov-1998

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DANIELA MARCELA RAMIREZ SOLANO		CC: 1067868876
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24 AÑOS	3136853865	LAS TINAS
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		YOHESMI ARTEAGA

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 proced miento. 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 mi 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 30 del mes marzo de 2023.

Daniela Ramirez		Yohesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1067868876		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1388

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 - ENERO - 1963		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MANUEL FRANCISCO MARTINEZ COMACHO		CC. 7097044.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
60 AÑOS.	3114770647	LAS TINAS
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 proced miento. 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 30 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	YOHESMI ARTEAGA Responsable
7097044.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1389

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: SAN CARLOS. 27-DIC-1967.		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: LAS TINAS.
NOMBRE: CARMELO JOSE MARTINEZ JIMENEZ		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: CC. 6.879.760
EDAD: 55 AÑOS.	TELEFONO: 3115503754.	DIRECCION DEL PACIENTE: LAS TINAS
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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Carmelo Martinez.		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
6.879.760.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1-39 1390

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

18- oct- 1997.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		LAS TINAS.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ERIKA MARIA ORTEGA TORRES.		CC. 1003589073.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 AÑOS	3206298667.	LAS TINAS.
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 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 concluyo 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 30 del mes MARZO de 2023.

ERIKA ORTEGA		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003589073.		1045594439
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1391

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

07 - 760576 - 7993.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YULIS PAOLA YANES CUITIVA		CC. 1003588885
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29 AÑOS	3117950477	LAS TINAS
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		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 30 del mes marzo de 2023.

Yulis Yanez		Yohesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003588885		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Berara

1392

DEPARTAMENTO DE CORDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-06-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS 11-MAY-1975		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
OLGA LUCIA EUSSE CANACUE		CC: 26763566
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 AÑOS	3217540078	LAS TINAS
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
MADRE COMUNITARIA		YOHESMI ARTEAGA

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 o 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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Olga Lucia Eusse		Yohesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26763566		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: **Fundación Beraca**

1395
1393

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS 02-02-2002		LAS TINAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DANILO JOSE VARGAS BUELVAS		CC 1003589799
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21 AÑOS	3234283481	LAS TINAS
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		Editha Martinez

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 mi 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 30 del mes marzo de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003589799		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1394

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

24-Sep-1967

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARIA DEL CARMEN JIMENEZ MERCADO		CC. 50953771
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55 AÑOS.	3007745569	PLAYA ANGEL.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilton 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 tarniz é 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 30 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
maria del jimenez		Edilton
50953771		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

597 1395

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-oct-1987		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YUSLEIDI GONZALEZ REYES.		CC. 1037350736
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑOS	3233973454.	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		YOHESMI ARTEAGA

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 esto, 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 30 del mes MARZO de 2023.

Yusleidy Gonzalez		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1037350736.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1396

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: SAN CARLOS. 30- ABRIL - 7990.		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: PLAYA ANGEL
NOMBRE: KANDRA MARZOLA SIMANCA		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: CC. 7743788875
EDAD: 32 AÑOS	TELÉFONO: 3106817202	DIRECCION DEL PACIENTE: PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: AMA DE CASA.		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: 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 30 del mes MARZO. de 2023.

Kandra Marzola		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
7743788875		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1397

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

06- AGOS - 1985

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS.		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JANETH MARIA BUELVAS RAMOS		CC: 1077348053
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑOS.	3137751484.	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilia Hoffis

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 30 del mes MAYO de 2023.

Janeth Buelvas R.		Edilia
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1077348053.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Becaca

1398

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. 29-MARZO-1962		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
HERMENEJILDA BURGOS VILLEGAS.		CC: 26 759335
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
60 AÑOS	3146937698	PLAYA ANGEL.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilthia 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 30 del mes marzo de 2023.

Hermenejilda Burgos		Edwuth
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26 759 335		26 A5 330
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1399

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 11-FEB-1991		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ENIS NILETH BOTELLO MORALES		CC: 1003588240
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32 AÑOS	3117597913	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilia Martinez

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 30 del mes marzo de 2023.

ENIS BOTELLO		Edilia
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003588240		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1-1: 1400

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

28-Ener-2026.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
SAN CARLOS		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
KATALEYA DIAZ BOTELLO		TI. 1062535927
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
7 AÑOS	3117577913.	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Edilbe Martinez

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 30 del mes MARZO de 2023.

	Enis Botello	Edilbe
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1062535927	1003588240	26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1401

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. 07-JUN-1996		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARNIS LUCIA MARTINEZ MARTINEZ		CC: 1003360774
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑOS	3205053447	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilio 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 mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Marni Martinez		Edilio
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003 3607		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

404/1402

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. 20- DIC 1988		PLAYA ANGEL
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ADANIES ANTONIO ARIZA DIAZ.		CC: 1077 357 422
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35 AÑOS	3143003290	PLAYA ANGEL
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		Eduardo 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 le do y entendido por mi 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 30 del mes MARZO de 2023.

Adanies Ariza		Eduardo
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1077357422.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1403

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

03-Jul-69

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
oscar Miguel Esquivel Martinez.		11152433.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
52	3045437278.	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		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 30 del mes 03. de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eydis S
X 11152433		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Berraca

1404

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

16-04-47

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos.		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alcides Esquivel Galarcio		10910169
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
75	3045437298	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
agricultor		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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

X Alcides Esquivel		Eydis S
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 10910169		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1405

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

2 - Dic-98

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yandi Vega Hernandez		cc. 1007822184.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3006974330	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Fredys 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

X Yandi vega		Fredys
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1007 822784		52922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1406

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-06-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA: S. carlos 7-02-49		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: V. las tinas
NOMBRE: Edith del carmen Martinez Jimenez		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: 34972508.
EDAD: 74	TELÉFONO: 3045437278	DIRECCION DEL PACIENTE: V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: Ama de casa		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

X Edith del Carmen — Firma o huella del paciente

Firma o huella del tutor

Eydis S. — Responsable

X 34972508 — Documento de identidad

Documento de identidad

50922484 — Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1467

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

01-Jun-94

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dainer luis ortega torres		1003590009
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	3145415824	V. las tinas.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios Varios		Ingrid Sanchez 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Dainer ortega		Ingrid S.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
X 1003590009		50922484

Elaboró: Fundación Beraca

1408

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

20 - Jul - 60

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tina
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edna Ramez Gómez		cc. 26.159.584
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
70	3122186551	V. las tina
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ingrid Ramez 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Edna Ramez Gomez		Ingrid R.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.159.584		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1409

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

22-Agost-2002

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tina
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Aura Andrea Vargas Veg		1007 594 403
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20	3224151498	V. las tina
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Egdis Sosa.

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 30 del mes 03. de 2023.

Aura Vargas		Egdis S
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.007.594.403		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1410

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

9-Mayo-2007.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yina Liz Diaz Rivero		TI. 1064.989.062.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15	3215239284	V. las tinas
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Eydis Ruiz 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 mi 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 30 del mes 03. de 2023.

X Yina Diaz	X Aura Vargas	Eydis S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
_____	X1007 594 403	58922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1411

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 23-Nov-52		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
lorenzo Justiniano Vargas torres		cc. 10.910.242.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
71.	3215239284	V. las tinas.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Desempleado.		Fydis Stark 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 30 del mes 05 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Lorenzo Vargas		Fydis.
+ 10.910.242		3215224484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: **Fundación Beraca**

11412

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-Nov-69

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elvira del carmen Vega Arrego		26.167.519
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
53	3215239284	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		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 mi 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 30 del mes 03 de 2023

Elvira		Eyder S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		52922434
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1413

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-06-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

17-Sep-96.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Andro jose Vargas Vega		1.007.594.396.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
26.	3215239284	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Desempleado.		Eyds 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023

V Andro V.		Eyds S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		56922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1414

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: S. carlos 5-03-96.		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA: V. las tinas
NOMBRE: Andy Elena torres Flores		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: cc. 1003004821
EDAD: 27	TELÉFONO: 3233570457	DIRECCION DEL PACIENTE: V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: Ama de casa		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: 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 30 del mes 03. de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Andy torres Fl		Eydis S.
X 1003004821		8922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1415

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

26-05-2012

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Daniel lopez torres		TI. 1071.355.809.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
10	3117432527.	V. las tinas
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 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 esto 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 le do y entendido por mi 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 30 del mes 03/ de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Yoel Torres.	Eydis S.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	X1003004823.	58722484

Elaboró: Fundación Beraca

1416

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-Nov-92		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ceiby Torres Florez		cc. 1003004823
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30.	3117432527	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Edis 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 dia 30 del mes 03 de 2023.

X CEIBY TORRES F		Edis S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1003004823		80922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1417

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 26-Agos-95.		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yanini del carmen Sena trujillo		cc. 1071356573
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27.	3128861126	V. las tinas.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Leydis 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 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Yanini Sena		Leydis S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1071.356.573		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1418

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 15-Feb-1968		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Pedro luis torres Vargas		78.745.524
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3128861126	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios.		Eyda 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 30 del mes 03 de 2023.

Pedro Torres		Eyda S.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X: 78-745-524		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1419

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

2-04-2001.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sandy Milena Torres Florez		1003004828.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21	3146074154	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante T. Agropecuario (Sena).		Estelis 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 30 del mes 03 de 2023.

Sandy milena Torres.		Estelis
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003004828		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1420

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos. 7-May-94		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Daniela María Torres Flórez		CC. 1003.004.822.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	3133369914	V. las tinas
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 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 esto, 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 le do y entendido por mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Daniela Torres		
X. 1003004822		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: **Fundación Beraca**

1421

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

22.0198

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Angel Vargas Martinez		1071357811
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3104493397	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Otros varios		ALEXI PETRO

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 so 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 negatjvo 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 mi 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 30 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071357811		30 656 709
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1422

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

21-oct-22

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Martha Sofia Feyez Carrillo		1071351605
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
40	3104493397	V. las tinas
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 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Martha Sofia Feyez		
X 1071351605		30656908
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1423

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

1-DIC-2005

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yuliana Vargas Teyez		T.I. 1071351978
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17.	3104493397	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		ALEX PEREZ

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Documento de identidad	1071351605 Documento de identidad	30656708 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

7424

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos 28-05-2006		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luisa Fernanda Vargas Martinez		TI: 1071350968
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17	3104493397	V. las tinas
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 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 mi en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoria 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X. Luisa Fernanda	X Lady Martinez	
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		1065623208

Elaboró: Fundación Beraca

19- 1425

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

22-Sep-94

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		V. las tinas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Marlene Ideth Vargas Bermo		C.C. 1.007.594.397
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	3128980661	V. las tinas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		ALEXI PETAO

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

X Marlene Vargas	X _____	Huella
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1007594397	X _____	30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1426

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

12-Abril-2023

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos.		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elkin David gomez Contreras		cc. 1003589968.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22	3205871296.	Playa Angel.
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 mi 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 30 del mes 03. de 2023.

X Elkin Gómez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X1003589968		1065670
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1427

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

22-Ago-98.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. carlos		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Kendy paola Ruas Gravida		cc:1003591213
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3238091676.	Playa Angel
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 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 30 del mes 03 de 2023.

X Kendy P. Ruas G.		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1003591213		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1428

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

20-DIC-70

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos.		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Silvia Argaes Galeano		64570 011.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
53	3127294828	Playa Angel
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 30 del mes 01 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Silvia Argaes		Hmps
X 64 570 011		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1429

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
9. carlos 7-01-73.		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Jose casarrubia Fuentes		11753248
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
49	3127294828	Playa Angel
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 al 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 30 del mes 03 de 2023.

Jose Casarrubia		Huella
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
11753248		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1430

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 10-Dic-91		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Raiza Paola Moreno Herrera		1.046702.250
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	3122014229	Playa Angel
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 30 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		
NO Firma		
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		30656708

Elaboró: Fundación Beraca

1431

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

26-May-2017

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Jair Andres Hernandez Moreno		TI 1045 732809
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
11	3122014229	Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
		ALEXI PEREZ

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X Madre (NO Firma)	Huella
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	X	30656708

Elaboró: Fundación Beraca

1432

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

6-Nov-81

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San Carlos.		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Eugenia Pastrana Martinez		25 877 725
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41	311 3827053	Playa Angel
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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X.		
No Firma).		
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		30656708

Elaboró: Fundación Beraca

14 1433

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
16-Feb-98 S. Carlos.		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Victoria Lopez Urango		1003589192
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3205125838	Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Alexi Pero

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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Maria López		
X 1.003.589.192		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1426
1434

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

8-101-52

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
San carlos		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Digna Martinez Sanchez		26159653
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
70.	3127091141	Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
		ALEXIS 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 30 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Digna Martinez		Huella
V26.159 653.		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1435

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos 13-10-91		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Wilfredo Simbel Mejia Fuentes		1100546269
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	3107065814	Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vigilante.		ALEXI PETRO

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 mi 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 28 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Wilfredo		Huella
X 1100546269		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

1436

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

10-01-98

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
S. Carlos		Playa Angel
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sara Santiz Rios		cc 1005471378
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3124086649	Playa Angel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
		Aleri PERO

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 mi 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 30 del mes 03 de 2023

X Sara Santiz		Huy S
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X1005441378		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca