0706

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

6108

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA	LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Montería	ITSJ.
NOMBRE: Margarita Rosa Argumedo Perez	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: CC 50.888.445.
EDAD: 13-06-1952. / TELEFONO: —0—	DIRECCION DEL PACIENTE: Buenos Aires.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: Angie CCSC	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: 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 27 del mes 03 de 2023.

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

Elaboró: Fundación Beraca

0709

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dorys del Carmen Negrete Bugos		CC 26.232966.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58	3145921300	B. Angary Calle
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Enriquez

08-11-64

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 27 del mes 03 de 2023.

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

Elaboró: Fundación Beraca

0702

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Betancur Nuñez		TI 26.209.095
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
80	3127238412	B 20 de Julio.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Enrucho.

15-04-1942

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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Enrucho.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		50 940 059.

Elaboró: Fundación Beraca

0703

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Julio Higuel Sotelo Bogambre		CC 2.825.492.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
72	3217116006	B Nuevo Oriente
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ganadero.		Ana Ensuncho

20-11-1950.

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 27 del mes 03 de 2023.

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

Elaboró: Fundación Beraca

0704

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Anafardes Gotevet Pereira		CC 26.210.564.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
64	3225679506.	B Escolar.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

15-06-1958.

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 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 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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
26210564		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0705

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elkin Antonio Hernandez Mejia		cc 78.695.797
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
-		B. Escolar.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
—o—		Ana Ensuncho

15-12-1979

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 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 27 del mes 03 de 2023.

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

Elaboró: Fundación Beraca

0706

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Eugenio Nigel Murillo Cabas		CC 15.157 189
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3135609689	V. Primera - Sta Martha
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor.		Ana Ensuncho

15-11-1959.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __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 27 del mes 03 de 2023.

Eugenio Murillo		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15157189		50940057.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0707

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ovidio José Martinez Payares		CC 15.610.311
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
57	3135719350	B. Diamante
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor.		Ana Ensuncho.

04-11-1967

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 27 del mes 03 de 2023.

Ovidio Martinez		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15610311		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0708

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
Tierra Alta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nafer Augusto Cuadrado Palomino		CC 78.766.873.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
44	3208428125	V. El Pepo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Pensionado Ejercito.		Ana Ensuncho.

05-08-78.

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho.
78766873		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0709

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alina Villalba Sotelo		CC 26.228.645.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
45.	322598.984	B Villa Verde
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho

15-01-1978.

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 27 del mes 03 de 2023.

Alina V.S.		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1026228645		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0710

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Enith Murillo Pereira		CC 1.073.972.970.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
36	3135609089	9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa.		Ana Ensuncho

15-06-1986.

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 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 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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
*ENITH MURILLO		Ana Ensuncho.
1.073972970		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0711

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nelis del Carmen Herrera Negrete		CC. 42.651.400.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
62	3207243476	B. California
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho

25-08-1960.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes 03 de 2023.

Nelis Herrera		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
42651400		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0712

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
Tierra Alta		ASJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Balmore Salazar Maestre		cc. 2.735.376.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
88.	—	9 de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
— o —		Ana Enguncho

29-08-1934.

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 27 del mes 03 de 2023.

Balmore Salazar		Ana Enguncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
2735376.		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0713

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Pedro José Moreno Hernandez		CC 1.073.970.289
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37	3225040864	19 de Mayo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varias		Ana Ensuncho

10-02-1986

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 27 del mes 03. de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
PERONH2.		Ana Ensuncho.
1073970.205		50945059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0714

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Laura Ivana Asías Gomes		CC 1073 991 392
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30	3108342383	B. Escolar.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera.		Ana Eusucho

30-10-1991

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 27 del mes 03 de 2023.

Laura Asías Gomes		Ana Eusucho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073991392		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0715

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Darlis Carvajal Mendoza		cc 1.073.989.824
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	3214622310	B. Reyno.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera		Ana Ensuncho

24-05-1991

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 __f__ 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 27 del mes 03 de 2023.

Darlis Carvajal		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073989824		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0716

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maximiliano Manuel Mercado Sotelo		cc 15,610.568.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3126410925.	B. Villa Nazareth.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermero.		Ana Enjucho

05-07-1967

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Enjucho.
15610568		50940057.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0717

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Eiler Triana David		cc. 1067871809
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	3216303663	B. Villa Margarita
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
facturador.		Ana Enuncho

26-11-1988

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 _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 27 del mes 03 de 2023.

Eiler Triana David		Ana Enuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Eiler Triana David		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0718

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
Tierra Alta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lorgine Turan Mejia		cc 1.073.996.257
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30	3214416711	B. 19 de Marzo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Digitadora.		Ana Ensuncho

11-01-1993

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 _Y_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073996257		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0719

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
Tierralta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Leadys Martinez Bustamante		CC 50.641.111
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38	3135791234	B. California
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera		Ana Enriche.

16-09-1984

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por 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 27 del mes 03 de 2023.

Leadys Martinez		Ana Enriche.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50641111		50911059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0720

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Juan Fernando de la Vega Narbet		cc 1003734711
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21	3235201275	B. Alfonso Lopez
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Digitador.		Ana Ensuncho.

12-08. 2001

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 _a_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes 03 de 2023

Juan De la vega		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003134711		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0721

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
Tierra Alta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Grisales Franco.		CC 50974543.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50	3234970420.	B. 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Orientador.		Ana Enrique.

30-11-1972

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 dia 27 del mes 03 de 2023.

Maritza Grisales		Ana Enrique.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50 974543.		50960057.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0722

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Patricia Elena Guerra Pitalua		cc 39.425.557
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
40	3107394734	B. lo Nuestro.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa.		Ana Enuncho

30-08-1982

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 27 del mes 03 de 2023.

Patricia Guerra		Ana Enuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
39425 557		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0723

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Gledys Marcela Lopez Reyno		CC. 1.067.925.019
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29	3105459170	B El Prado.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermero.		Ana Ensuncho.

20-11-A93

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 27 del mes 03 de 2023.

Gledys Lopez		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1067925019.		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0724

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
Tierralta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Mauricio Ortega Fernandez		CC. 1.193.047.674
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
22	3202870213	Barrio Abajo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Pastero		Lucy Martinez F

05-01-2001.

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 27 del mes 03. de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1193047674		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0725

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ludys Ivng Palomino		CC. 30564393.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
61	3014345451	9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Facturación.		Lucy Martinez F
28-10-1959		

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _1_ o se lo efectúen al menor de edad a mi cargo ____, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de las auxiliares que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por 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 27 del mes 07 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
30564393 C/c		1069467647
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0726

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 19-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lut Elena Heres Gutman		CC. 26.212.117
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56	3207083400.	B 19 de Marzo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux Enfermeria.		Lucy Cortes F

21-02-1967.

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.212.117		1069465694
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0727

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Saira Rangel Segura		CC 1071.433.840.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15	3135169517	B 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa.		Lucy Martinez F

23-05-2007

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 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 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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071433840		1069405641
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0728

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Joel Montenegro Borjos		CC 78.764.841
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47	3137869081	B. 19 de Marzo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux Administrativo.		Lucy Montero F

20-01-1976.

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 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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78.764.841		1069465698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0729

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana Polo Fajardo		CC 26.212.470.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
64	305.864 2654	B. Escola ✓
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera Ad X		Wey Martinez F

20-09-1958

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 27 del mes 03 de 2023.

Ana Polo Fajardo		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26212470		1069465698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0730

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Mirely Gantaler Gabardo		cc 1192.795.837.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23	3206417946	V. El Liceto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Gantaler F
18-06-1995		

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 __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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Mirely Gantaler Gabardo		
1192795837		
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0731

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yohis Maria Madrid Ruiz		cc. 1.143.346.384
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3136134111	V. El Loro.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Wuy Martinez F.

26-09-1989

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1143346384		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0732

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Johana del Carmen Torres Bequeres.		CC. 1.073 971 315.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
21	324 812 4920.	B. San José.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa.		Wuy Martha F

08-03-2002.

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 27 del mes 03 de 2023.

Johana Torres		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073971315		1069463648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0733

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ledys Rocio Florez Aganet		CC 1073974777
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
36	3105387517	B. Lucu Oriente
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Cabrera F

17-03-1987

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 27 del mes 03 de 2023.

Ledys Florez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073974777		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0734

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Argenida Canto Rios		CC. 1.133.869.407.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50.	323.5078852	B. San Rafael
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Cortes F

22-06-1971

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 ___ 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 27 del mes 03 de 2023.

Argenidocant		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1133869407		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0735

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Genoveva Gonzalez Vargas.		CC. 1073972.202.
EDAD	TELEFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
35	3148554030	B. 19 de Marzo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera.		Wayl Martinez F

1987.

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Maria Genoveva.		
1073972.202.		1069465698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0736

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
Tierralta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Cristian José Perez Hernandez		CC 1192739775.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21	3242962344	B. 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux Enfermeria		Lucy Martinez F

24-12-2001.

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 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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1192739775		1069461648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0737

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Gabriela Sofia Torres Velasquez		CC 1073986.363.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
18	3205416970.	U. Santa Martha
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux de cass		Wuy Martinez F
01-07-2005		

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes 03 de 2023.

Gabriela torres.		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073986363		1069465641
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0738

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSION: 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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alexandra Saenz Hernandez		CC. 1002094249
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3126569256	B. 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez F
03-12-1998		

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 24 del mes 03 de 2023.

Alexandra Saenz		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1002094249		1069465698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0739

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Valentina Pestana Ogollo		CC 1063972946
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
18	3235305741	Alfonso Lopez
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa.		Lucy Martinez F

20-09-2004

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 27 del mes 03 de 2023.

Valentina P.		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073 972 946	1	1069965698
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0741

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Laura Isabel Chanci Vidal		CC 1.137.976.341
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
16	3113874959	B. 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ax Enfermeria		Lucy Martinez F

13-06-2006.

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 27 del mes 03 de 2023.

Laura Chanci		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.137.976.341		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0742

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jose Fernando Arrieta Lopez		CC 1.073983346
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
34	3162082339	B. California
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varios.		Lucy Barthel F

19-07-1988

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 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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
JOSE		
1073983346		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0743

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
Tierralta		U HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Leidy Rosa Avilez Romero		CC 1.003.734283.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3105196654	B. 9 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa.		Lucy Montiel F

03-09-1998

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 27 del mes 03 de 2023.

Leidy Avilez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003734283		1069465498
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0744

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Clara Elena Perez Berro.		CC 1074001628.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	313 2947698	B. Villa Magola.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez F

05-01-1995

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 ✓ ____ 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 27 del mes 03 de 2023.

Clara Elena Perez Berro		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1074001628		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0745

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
Tierralta.		H. de tierralta.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Kellys Rocio pitalua Bravo.		1.067886772.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32.	3014398859.	B/o Nueve de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		Lucy. Algarin. f

Fecha. 28-10-1989.

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 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 27 del mes 03 de 2023.

Kelys Pitalua		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1067886772		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0746

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
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sandra Patricia Cazambis David		cc. 1003.737.684.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
28	320 705.2777	B. Villa Nazareth
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux Enfermeria.		Lucy Barthen F

08-04-1994

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 día 27 del mes 03 de 2023.

Sandra Cazambis		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.003.737.684		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0747

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
Tierra Alta		HSJ
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hugo Blanquicett Reinel.		CC 1.073.997913.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27	3113598555	B. Villa del Rio.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux Enfermeria.		Lucy Martinez F

17-08-1993

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 __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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073997913		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0748

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Karen Lorena Velasquez Suarez		CC 1.192.791.222.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
22	3246668577	Nuevo Horizonte.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Bertha L

15-07-2000.

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 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 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 27 del mes 03 de 2023.

Karen Velasquez		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1192791222		1069468648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0749

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 19-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Robeth Arrieta Serra		1561461 6
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
51 años 31-12-71	3207130494	B/20 de Julio calle 41a 11
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ganadero		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 27 del mes Mar 20 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Salas
1561461 6		50417115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0750

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Etedys Guillermo Romero Santana		15 811 704
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54 años 10-5-68	321 537950	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
conductor		Shirly Salas P.

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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Etedys Romero		Shirly Salas P.
15811704		50417115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0751

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
tierra Alta 27-3-23	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Otaluaro Quintero Fernandez	70.413877
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
60años 3014633136935408	V. Guayacanal abajo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor	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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Salas N.
70413877		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0752

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luz Enith Arboleda Lopez		43.611.840
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 años 10-4-76	3146408709	V. Guarumal Bajo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Shirly Sulay 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 27 del mes 03 de 2023.

Luz Enit Arboleda		Shirly Sulay N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
43 611 840		50 917 175
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0753

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Cristian camilo Mallecha		14 297 272
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
38 años 26-11-85	3207181929	N. los Paulos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Shirly Sulas 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 29 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Sulas
14 297 272		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0754

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
Tierralta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
José Antonio Peña Torres		1.063 280 437
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
36 años 5-12-86	300 2756220	V. Crucito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios varios		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 dia 27 del mes Marzo de 2023.

José Peña		Shirly Salas N
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1063280437		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0755

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
Tierra Alta 29-3-23	
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Fernando Segundo Ruiz Ordoñez	78 742 370
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50 años 4-7-73 / 3126281878	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
pintor	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 29 del mes Marzo de 2023.

Fernando Ruiz		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78 742 370		
a		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0756

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
José Miguel Cortes Alemán		1.147691914
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 años 14-7-96	310 832 5728	V. el machon
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios varios		Shirly Sulos M.

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 27 del mes Marzo de 2023.

Jose Miguel Cortes		Shirly Sulos M.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1147691914		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0757

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
tierra alta 29-3-23		hospita
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nilesta Lopez		26-213-023
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
69 años 26-9-53	3146363789	Santana
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Shirly Salas K.

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 27 del mes Marzo de 2023.

Nilesta Lopez		Shirly Salas K.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26213023		50917113
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: **Fundación Beraca**

0758

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Alberto Santos Vega S		2822875
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
70 años 13-2-53	3153083015	V. Cairo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultura		Shirly Julio 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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Luis A Santos		Shirly Julio V
2.822.875		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0759

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lizandro Lopez Varilla		78742175
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 años 20-4-75	3215349150	B/9 de Marzo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
conductor		Shirly Julio 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 27 del mes MAR 23 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Lizandro Lopez		Shirly Julio N
78742175		1504175
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0760

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ofelia María Herrera Arrieta		26 229 410
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55 años 12-1068	3116683242	Cl 9 de Agosto 5 corralejas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Shirly Sulas

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 dia 29 del mes Marzo de 2023.

Ofelia Herrera		Shirly Sulas. M.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	50917115 Responsable
26229410		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0761

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yuleys Posada Florez		1071438943
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
18 años 13-6-04	3152946752	B/9 de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Shirly Soler

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 27 del mes Marzo de 2023.

Yuleys Posada.		Shirly Soler
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071438943		50417115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0762

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
tierra Alta 22-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Ingrid paola conde Molina		1007548540
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
2006-7-02	313 4547548	B/ la Paz
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Shirly Salas M.

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 27 del mes Marzo de 2023.

Ingrid Conde M.		Shirly Salas
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1007548540		50917125
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0763

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Bertha amaya Zapata Lagares		CC 50 570 708
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73 años 24-4-99	320 532 94 29	B/19 Marzo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Silvia Salas M

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 27 del mes Marzo de 2023.

Bertha Zapata L.		Silvia Salas M
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50570708		50919115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0764

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	LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
tierra Alta	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Javier David Ayala arguello	78.646.158
EDAD / TELEFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
37 años 25-8-85 3113507935	b. Batata
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios varios	Shirly Solus M.

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 27 del mes marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Javier D. Ayala.		Shirly Julio
78646158		50917775
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0765

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
Tierra Alta 27.3.23	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Damarys Rocio Mocca Martinez	CC 1.929.563
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54 años 13-2-68 / 3106127708	V. Nueva Aires
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA De Casa	Shirly Julio 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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Julio N.
1.929.563		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0765

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

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA	LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
tierra Alta 27-3-23	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Libardo Enrique cordoba cortes	15-614 131
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58 años 16-4-64 3108353751	B/9 de Agosto Paraiso
OCUPACION DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios	Shirly Tatis P.

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 dia 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Shirly Tatis
15 614 131		50977115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0766

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
Tierra Alta 23-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Victor Manuel tapia torres		92 512 412
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
53 años 6-1-69	3106915761	R/ las Delicias
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
oficios varios		Shirly Sulay 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 23 del mes Marzo de 2023.

Victor TAPIA		Shirly Sulay N.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
92 512 412		50.917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0767

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Tranquilino José Segura Mellao		78 250 078
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
64 años 25 45	313 9163807	B/ Alfonso Lopez
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios varios		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 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 29 del mes Marzo de 2023.

78 250 078		Shirly Salas V.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Tranquilino Segura		50917113
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0768

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Roberto Mario Nario Castro		15 605 068
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
73 años 24-7-49	311 407 12 53	B/9 de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Shirly Julio 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 27 del mes Marzo de 2023.

Roberto Mario	Castro	Shirly Julio
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15.605.068		50917115.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0769

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana Cristina Lopez Arrieta		26.213.257
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
57 años 27-3-65	313 510 0962	B/el Paraiso
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Servicios generales		Shirly Hoyos M.

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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26.213.257		Shirly Hoyos
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		50917 MS

Elaboró: **Fundación Beraca**

0770

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
tierra alta 27-3-23	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nadys Sofia Mejia Martinez	1073981839
EDAD / TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34 años 29-9-88 / 3105904637	MN/San Rafael
OCUPACIÓN DEL PACIENTE	RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ANA 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 29 del mes Marzo de 2023

Nadys Sofia	_____	Shirly Salas N.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073 981 839	_____	50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0771

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
Tierra Alta 22-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Argemiro De la Rosa Sancha		92 475 037
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
64 años 30.4.58	3106127708	B/ Pueblito
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor		Shirly Tulos 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 22 del mes Marzo de 2023.

Argemiro		Shirly Tulos
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
92475037		50917115
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0772

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Diana Julia Herrera Moreno		1133869672
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42 años 13-1-82	3225659554	B/ Monte Vidao
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 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 29 del mes Marzo de 2023.

Diana Herrera M		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1133869672		35 113 541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0773

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Arelis Daris Domico Cabama		1007 792 845
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 años 14-12-99	323 398 359	U. los placeres
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Docente		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 27 del mes Marzo de 2023.

Arelis Daris Domico		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1007792845		39117521
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0774

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
tierra alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Martha Cecilia Martinez Benitez		CC 26 216 895
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
44 años 12-4-78	312 612 02 61	V/ Saltillo Palmira
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 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 29 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Taborda
26216895		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0725

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
tierra Alta 22-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Angie paola Cure Delgado		1071430365
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
20años 3.1.003	3127570786	Vd Saltillo palmira
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 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 22 del mes Mar 20 de 2023.

Angie Paola Cure Delgado		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071430365		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0776

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nanci Victoria Hernandez gonzalez		31 411 530
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55 años 21-8-67	310 622 7430	B/ Coti agro
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 27 del mes Marzo de 2023.

x		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
x 31411530		35 117 544
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0777

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosa Amelia Cabrera Pepe		26.230.695
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
53 años 31-10-73	3113558079	B/ Monte Lindo
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 27 del mes Marzo de 2023.

R C Y		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26230695		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0778

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
Tierra Alta 23-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Rosa Rebeca Arrieta Core		1192 970 472
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
23 años 11-2-000	311 355 8079	B/ monte video
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Diana Tobón

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 23 del mes Marzo de 2023.

Rosa Arrieta Core		Diana Tobón
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1192 970 472		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0779

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yaleidis María Santos Tolosa		TI 1071430868
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17 años 13-6-05	3215776597	V. los Plumillos
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 29 del mes Marzo de 2023.

x Yaleidis Santos	x marcelis tabigua	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
x 1071430868	x	35 117341
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0780

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Erminda Zapata Arana		30.640.002
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15-9-53	3135239903	B/ Villa Hermosa
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE casa		Diana Tabarda

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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Maria Z		Diana Tabarda
30640002		39117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

781

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
Tierra Alta 29-3-23	Hospital
NOMBRE	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Flor esther Lopez Molina	1192795844
EDAD / TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33 años 20-5-89 3117926981	
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 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 23 del mes Marzo de 2023.

ESTHER		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1192795844		35 117 541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0782

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Alfonso Tamayo Sanchez		78 743 111
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
49 años 13-6-74	3205330503	B/ 19 Marzo
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 29 del mes Marzo de 2023.

Alfonso Tamayo		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78 743 111		
____	____	35 117 541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0783

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
Tierra Alta 23-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Manuel del Carmen Gomez Vega		CC 9107949
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 años 6-12-75	3205894150	B/ 9 de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
independiente		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 23 del mes Marzo de 2023.

Manuel Gomez Vega		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
CC 9107949		35 117 541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0784

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
Tierra Alta 23-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Brigida María Martinez Borja		50 974 909
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
60 años 22-11-62	322 566 37 64	B/ Pen Jamo
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 23 del mes Marzo de 2023.

Brigida martinez		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50 974 909		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0785

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yamiles Jaramillo Valencia		50 977 418
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL FACIENTE
49 años 4.10.33	3113489655	B/ 9 de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Servicios generales		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 27 del mes Marzo de 2023.

Yamile Jaramillo		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50977418		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0786

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lidia del Carmen Alarcon Gonzalez		50.929734
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41 años 31-1-82	3235183972	B/ Villa Hermosa
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Servicios Generales		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 27 del mes Marzo de 2023.

x Lidia Alarcon	_____	Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50.929734	_____	35.117.541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0787

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE Cecy Yuleny Ovieda Blas		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO 1037 573 230
EDAD 39 años 31-1-86	TELÉFONO 320582 24 28	DIRECCION DEL PACIENTE B/ Libardo Lopez
OCUPACIÓN DEL PACIENTE Estudiante		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA 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 27 del mes Marzo de 2023.

Cecy Ovieda		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1037573230		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0788

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sayra Sofia Diaz Suarez		1094007252
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 años 12-12-96	3145072370	B/ San carlos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Secretaria.		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 29 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Taborda
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		35 117 541

Elaboró: Fundación Beraca

0789

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
tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Osvaldo Manuel Arteaga Doria		78.743.488
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
48 años 26-7-74	3205334291	V/ Santilla Palmira
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 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 27 del mes Marzo de 2023.

Osvaldo Arteaga		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78 743 488		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0790

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Angie Paola Rada Diaz		1073976220
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22 años 12-5-01	3206425534	C/ Villa Ana
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 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 27 del mes Marzo de 2023.

Angie Rada		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073976220		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0791

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
Ficira Alta		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jorge andres blanquiceth perez		1073985407
EDAD	TELÉFONO 3135546409	DIRECCION DEL PACIENTE
33 años 263-90	3235295952	B/ Escalera
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultora		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 Còrdoba 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 27 del mes Marzo de 2023.

Jorge Blanquiceth		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073985407		35177541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0792

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hector Dario Castillo Ayala		11 004 250
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
45 años 10-12-78	3226137074	V. los Charcos
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor		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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Diana Taborda
11004250		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0798

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosiris Navarro Tinoco		26 213 903
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
53 años 10-7-69	320 529 0158	B/ Centro
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Secretaria		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 27 del mes Marzo de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Diana Taborda Responsable
26.213.903		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0794

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
Tierra Alta 29-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jaime antonio Rodriguez moreno		15 606 934
EDAD	TELÉFONO 3116702847	DIRECCION DEL PACIENTE
67 años 22 9 54	310 737	B/ 9 de agosto s. Plaza
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 día 27 del mes Marzo de 2023.

Jaime Rodriguez		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15 606 934		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0795

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
Tierra Alta 27-3-23		Hospital
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Monica Maria Ramos pastrana		1073 977 852
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34 años 14-5-88	3136683290	V. Bonito Viento
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Auxiliar		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 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 27 del mes MARZO de 2023.

Mónica Ramos		Diana Taborda
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073977852		35117541
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0796

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

12-01-82

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Montelibano		Nueve de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Merdy del carmen Hernandez Diaz		cc. 1073975100
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42		calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023

Firma o Huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Fydis Suarez
N.o 1073975100		52224824
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0797

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
Tierralta - 27-feb-79		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nelbis gomez pacheco		CC: 50888331
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43	3145251026	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X50888331		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0793

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
Tierralta - 29-oct. 88		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dina Luz Gabarcio Yanez		cc: 1143385223
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3217914668	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 medico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba ____ 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 27 del mes 03 de 2023

X Dina Gabarcio		Esdis Yanez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1143385223		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0799

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

18- Agos-70

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nuris del Rosario Acosta Pacheco		50976011
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
52	3114259067	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		

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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Nurisacosta		Lyda Suarez
X 50976011		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0806

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 - NOV - 2022

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana Isabel Murillo Ríos		CC. 1003467791
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22	3239318643	Calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

X		Eybis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0801

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

27-Feb-94

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Zully Andrea Hoyos Aguirre		cc 1067929094
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29	3216110946	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		
X 1067929094		30922984
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0802

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
Tierralta 3-Abril-2002		9- de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Angelica Marcela Gomez Duarte		CC. 1001683227
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20	3147535511	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

X Angelica Gomez		Fabio Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
V-1001683227.		3092284
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0803

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

16-Feb-65

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		Vereda Alancla
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Franklin Smith Urango Ortega		cc. 8748090
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
58	3106200095	Vereda Alancla
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eyder Suarez
X8748090		5092284
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboro: Fundación Beraca

0804

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

16-jul-42

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hector Hernan Duque Cardona		CC. 2468399
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76.	3117698257	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Descapacitado		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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X BIENDYS DUQUE	X BIENDYS DUQUE
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		X 50 641916

Elaboro: Fundación Berata

0805

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
Tierralta 10-10-86		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Viviana Marcela Martinez Ortega		cc 1073974671
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
36	3143659219	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eydis Suarez
V 1073974671		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0806

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
Tierralta 19-Dic-2000		9- de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosa Isela Tovar Noriega		CC 1001747079
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23	3148268411	9- de Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

Rosa Tovar		Eyala Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1001747079		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0807

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-Nov-90

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9-Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Gabriel Torreglosa Pertúz		CC. 1001746229
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32	3156905226	9-Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Gabriel Torreglosa	_____	Eydis Suarez V
X 1001746229	_____	50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0808

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
Tierralta 4-01-1998		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sandra patricia Yañez apariubia		CC. 1007547221
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3128291771	Calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023

Sandra Yañez		Tadys Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1007547221		3092484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0809

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

19-Oct-95

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jarey Edith Fonseles padilla		cc 1074003801
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27	3104374175	calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Manicurista		

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 27 del mes 03 de 2023.

Jarey Fonseles		Leydis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1074003801		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0810

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

2-01-69

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Roberto Fornieles Rivera		cc 7197648S
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54	3014382885	Calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
1		

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 27 del mes 03 de 2023.

Roberto Fornieles		Eydis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
7197648S		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0811

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

31 - Ag - 49

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9 de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ramona Isabel Perez Carvajal		CC. 26210126
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73	3113898732	Calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

X Ramona PM		Eyda Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 26210126		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0812

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

29-May-88

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- de Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elizabeth Vargas Martinez		CC. 1073978311
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
34	3105390647	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

X Elizabeth Vargas		Fydes Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1073978311		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0813

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

23-NOV-2015

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9-Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carolina Ruiz Vargas		RC. 1071.437.966
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
7	3136169193	9-Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		

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 sumigistrado 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 27 del mes 03 de 2023.

X	X Elizabeth V	Egla Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X 1073928314	50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0814

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

23-Dic-2013

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Katherin paola Causil Vargas		TI. 1071437249
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
9	3136169193.	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X Elizabeth Vargas	Jesús Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	X1073978311	52092484

Elaboró: Fundación Beraca

0815

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
Montería		B. Virgilio Vargas
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Miguel Antonio Flórez Tovar		CC. 1073992603
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
31	3106441898	B. Virgilio Vargas
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Mototaxista		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Miguel Flórez		Eyda Suarez
X 1073992603		SD922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0816

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

4-DIC-92

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yulis Muslacos Causil		CC 1073997016
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30	3147813420	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Yulis Muslacos		Fgabriel Suarez
X 1073 997 016		80922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

08/7

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
Tierra Ha 9-Oct. 2012		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yhoan Reyeme Agudelo		TI. 1074 000 916
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
10	3147813420	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X Yulis Montero	Tatis Soto
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	X 1073992616	50922484

Elaboró: Fundación Beraca

0819

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

13-junio-2016

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Manuel Enrique Reyeme Muñoz		RC. 1074010382
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
6	3147813420	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		

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 27 del mes 03 de 2023.

_____	X Yulis Muslosco	Ingrid Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
_____	X 1073997016	30922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

08.19

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-sep. 2008

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carlos Andres Causil Vargas		TI 1.071.434.226
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
14	3105390647	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		

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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Xelizabeth Vargas	Jaider Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	1073978311	80922484

Elaboró: Fundación Beraca

0820

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

30-MAY-2010

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Fiverton taloza Agualelo		TI. 1086.196.123
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
12	3132063356	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante.		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 27 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Yuliana	Alexi PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	1084979574	30656709

Elaboró: Fundación Beraca

0821

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

8-01-2013

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Quer david Agudelo Jaramillo		TI. 1074.001.654
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
10	3132063356	9- Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Alexi 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 27 del mes 03 de 2023.

_____	X	Alexi Perez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
_____	X1089747574	30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0822

DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	FECHA: 15-08-2013
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

26-01-2015

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9-Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
María José pacheco Sanchez		TI 1094008873
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
8	3132063356	9-Agosto
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Liliana	Alexi PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	1059707574	30656708

Elaboró: Fundación Beraca

0823

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
Tierralta 23-Jun-2007.		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Daniela Agudelo Jaramillo		1073986367
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15	3132063356	Calle 5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		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 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 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 27 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	X	ALEXI PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
	X 1084797544	30656709

Elaboró: Fundación Beraca

0824

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

17-01-23.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9-Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Liliana patricia sanchez Jaramillo.		CC. 1084797574
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3132063356	C.5
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 27 del mes 03 de 2023

X Liliana		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 1084797574		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Baraca

0825

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

11-03-81

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9-Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yevgenis cerpa chavez		cc. 1063290370
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42	3208343193	Calle 5.
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 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 27 del mes 03 de 2023

Yevgenis cerpa		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1063290370		3065708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0826

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-Jul-2003

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta		9- Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Paula Sibaja Cerpa		CC 1063359112
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19	3104402592	Calle 5
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 27 del mes 03 de 2023.

Paula Sibaja		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X1063359112		3D 676 908
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0824

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
DIA TIERRAITA		Domicilio
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
EFREN TABORDA ALVAREZ		3387310
EDAD 4-MAR-54	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
69 AÑO	3233382425	9 AGOSTO CII-5
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		ALEXI PETRO

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Efren Taborda		ALEXI PETRO
3387310		3065708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

828

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
TIERRA ALTA		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YULISA TORO RIVERA		RI 1092895249
EDAD: IN=29-1098	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24 AÑO	3023484705	C/= 5 9 AGOSTO
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 27 del mes MARZO de 2023.

Yulisa Toro Rivera		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1092895249		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0829

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DANIS PLATA HERRERA		1073980965
EDAD TN=10-01-89	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34 AÑO	3113779062	CII - 5B/9 A60170
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 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 27 del mes MARZO de 2023.

Danis Plata Herrera		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073.980.965		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0830

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANDRES PALMERA CUETO		15608580
EDAD 7-12-65	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
60AÑO	3117991484	CL 5 - B/ 9 ABRIL
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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
ANDRES	PALMERA	ALEXI PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
15 608 580		30 656 708

Elaboró: Fundación Beraca

0831

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
TIERRA ALTA		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ALEXIS PAOLA PASTRANA PEÑA		1003737914
EDAD 6-01-87	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑO	3117991184	CR-5 - B/ 9 AGOSTO
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 27 del mes MARZO de 2023.

ALEXIS PASTRANA		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003737914		30656709
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0832

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
BENITO ANTONIO CASTRO RAMOS		78711451
EDAD FN=24-10-68	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54 AÑOS	3116405146	CLL-4-B 9 A60 TO
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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	ALEXI PETRO Responsable
Documento de identidad	Documento de identidad	30656708 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0833

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUZ MARY ESQUIVIA OVIEDO		1073975777
EDAD TM: 17-07-88 40 AÑOS	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE CLL - 4 B1 9 LOTE
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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
LUZMARY		ALEXI PETRO
1.073975777		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0834

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LILIANA JIMENEZ GONZALEZ		1073973537
EDAD 28-01-87	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35 AÑO	3212557667	CR-4 B/ 9 AGOSTO
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 dia 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Liliana Jimenez		ALEXI PETRO
1073973537		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0835

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JUAN RAFAEL CORDALES ROCHA		3901869
EDAD 11-8-41	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
82 AÑO	3166555306	CL-4-B/9 AGOSTO
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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
x		ALEXI PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	30 656 708 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0836

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
TIERRA ALTA 27-03-2023		Domicilio
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JORGE LUIS TRIANA CASTELLANO		78767428
EDAD FN: 23-4-79	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43 AÑO	3136816003	CLL 4 - B/ 9 AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
MECANICO		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 27 del mes MARZO de 2023.

Jorge Triana		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
78767428		30 636 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0837

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
TIERRA ALTA - 27 03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARELBIS PASTRANA DIAZ		30640884
EDAD 39 AÑOS	TELÉFONO 3206223716	DIRECCION DEL PACIENTE CLL - 4 B/ 9 AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTILISTA		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 27 del mes MARZO de 2023.

Marbis Pastrana		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
30640884		30 656 208
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0838

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
Tierra Alta - 27-03-2023		Domicilio
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARIANA CERPA SALCEDO		1 023531 945
EDAD FN = 4-06-13	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
9 AÑOS	3122162596	Cll - 4 - B/ 9 de Octubre
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		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 27 del mes Marzo de 2023.

	Sorida Salcedo	Alexi Petro
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	1073986983	30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0839

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MIGUEL ANGEL CERPA SALCEDO		TI 1071434272
EDAD FN=24-SEP-2008 14 AÑOS	TELÉFONO 3122164596	DIRECCION DEL PACIENTE CLL-4 B/ 9 AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		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 27 del mes MARZO de 2023.

_____	Miguel Salcedo	ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
_____	1.071.434.272	30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0840

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
SORAIDA SALCEDO TAPIAS		1073986983
EDAD FN: 15-07-90	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32 AÑO	3122164596	cll - 4 B/ 9 AGOSTO
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 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 27 del mes MARZO de 2023.

Soraida Salcedo		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073986983		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0841

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
TIERRA ALTA 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
EILIN SOFIA CERPA SALCEDO		1071435665
EDAD 27-ABRIL-10 12 AÑO	TELÉFONO 3122164596	DIRECCION DEL PACIENTE CII-4-B/ 9 AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Sandra Salcedo	ALEXI PETRO
Documento de identidad	c.1.072986988	Documento de identidad
		30656908

Elaboró: Fundación Beraca

0842

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
TIERRADENTRO 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YASMELI GARCIA CARRASQUERO		16441675 VENEZUELA
EDAD TM-19-11-81	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41 AÑOS	3136254905	CLL 4 - B1 9 AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		ALEXI PEDRO

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 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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PEDRO
16441675 (VENEZUELA)		3065708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0843

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
TIERRA ALTA - 27-03-2023		DOMICILIO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LEA MELENDEZ PIÑANGO		29809164 VENEZUELA
EDAD TV-2607-2002	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20 AÑO	3216983499	C11-41 B1
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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
29.809.164		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0844

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
TIERRALTA. 07-NOV-2004.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JESUS MANUEL HERNANDEZ MURILLO		CC: 7077 429 053
EDAD	TELÉFONO 3217914649	DIRECCION DEL PACIENTE
18 AÑOS.	300 737 3760.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE.		JOHESMI ARTEAGA.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023.

Jesus Hernandez Murillo		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
7077 429 053.		1003 594 459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0845

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-ABRIL-1975

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUZ ESTHER HERRERA MORALES		CC. 50981007.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 AÑOS	3122215293	9 DE AGOSTO
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 dia 27 del mes MARZO. de 2023.

Luz Herrera		YOHESMI ARTEAGA.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50981007		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0846

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
TIERRALTA. 22-ABRIL-7975		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUDYS DEL CARMEN NUÑEZ TANO		CC 26 275 834
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 AÑOS	3128932336	9 DE AGOSTO
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 dia 22 del mes MARZO de 2023.

Ludys Nuñez Tano		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26 275 834.		1003 594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0847

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA. 20 ABRI- 7999.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ARLEIDA SERNA RAMIREZ.		CC: 1.193.476.009
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23 AÑOS.	3244555527.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		JOHESMI ARTEAGA.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023.

Arleida Serna		Johesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.193.476.009.		1003394459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0848

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
TIERRALTA. 01- ENERO- 1989		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
GLORIA SOFIA BURGOS ORTEGA.		CC. 1093977464.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35 AÑOS.	3106942753	9 DE AGOSTO
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 tamíz 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 27 del mes MARZO de 2023.

Gloria Burgos O.		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1093977464.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0849

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
TIERRALTA. 15- MAYO- 2023		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS GABRIEL GUTIERREZ BURGOS		TI: 1073986009.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
14 AÑOS	3106942753.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		YOHESMI ARTEAGA.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MAYO de 2023.

Luis gabriel G...	Gloria Burgos O	YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073986009	1073977964	1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0850

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

09- DIC- 7996.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DAMARIS VARGAS GUISAO.		CC. 1074-007-357
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
26 AÑOS.	3205349823.	9 DE AGOSTO.
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 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 27 del mes MARZO de 2023.

Damaris Vargas.		Johesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1074 007 357.		1005 594 459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0851

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

05-Juli-1997.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS ERNESTO HERRERA FLOREZ		CC. 1074008969.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25 AÑOS.	329 614 3429	9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		JOHESMI ARTEAGA

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la 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 dia 27 del mes MAYO. de 2023.

LUISERNESTOHERRERA		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1074008969.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0852

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
TIERRALTA. 27-SEP-7986.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS EDUARDO MERCADO GOMEZ		CC: 1038094820.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38 AÑOS.	3136508498.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		YOHESMI ARTEAGA

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO. de 2023.

Luis E. mercado		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1038094820.		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0853

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

25-560-7986.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
GEILER DAVID ARTEAGA MEZA		CC: 1003735709.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
36 AÑOS.	3207028676.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
MILITAR.		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 27 del mes MARZO. de 2023

GEILER DAVID ARTEAGA.		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003735709.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0854

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-OCT-1979

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
UNELDA MARIA AGUILAR RODRIGUEZ.		CC. 26227539.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
43 AÑOS	3145534678.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
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 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 27 del mes marzo de 2023.

Unelda Aguilar		Yohesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26227539.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0855

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
TIERRALTA. 18 FEBR - 1992.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUZ MILENA YANEZ CASARUBIA		CC. 1007547209.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30 AÑOS	3207987772.	BARRIO 9 DE AGOSTO
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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Luz Yanez		YOHESMI ARTEAGA
1007547209		1003594459. YOHESMI
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0856

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
TIERRALTA 19-Junio-1996.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANDRY PAOLA MENDOZA NIETO		CC: 1047260722.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
26 AÑOS.	3233857856.	B1 DE AGOSTO.
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 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
ANDRY MENDOZA.		JOHESMI ARTEAGA
1047260722.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0857

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
TIERRALTA. 29-MARZO-2008.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
CAMILA ANDREA GOMEZ GOMEZ		TI: 1073991791
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15 AÑOS.	3233851856.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
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 27 del mes MARZO de 2023

Camila Gomez	Andrea	YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073991791	1041260722	1003599459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0858

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
TIERRALTA. 22- Enero- 1977		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
PABLA MARIA BALLESTA VILLALBA.		CC. 50.976.858.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
46 AÑOS.	3122931724.	BARRIO 9 DE AGOSTO
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 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 23 del mes MARZO de 2023

Pabla Ballesta		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50 976 858.		1003 594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0859

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

04 MAYO - 2003

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DANIELA ANDREA RODRIGUEZ BANESTA.		TI: 1003736342
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19 AÑOS.	3234729497.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		JOHESMI ARTEAGA

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023

Daniela Rodriguez B.	_____	JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003 736 342.	_____	1003 594 959
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

860

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
TIERRALTA 04-Jun-1997		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MANUEL FRANCISCO VEGA PASTRANA		CC. 75.605.537
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
75 AÑOS	3222455642	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AGRICULTOR.		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 27 del mes MARZO de 2023

Manuel Vega		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
75.605.537.		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0861

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

70-A605-7973

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DIOMELINA ANAYA BABILONIA.		32.254.974.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
49 AÑOS.	3222455642.	9 DE AGOSTO.
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 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 27 del mes MARZO. de 2023

Diomelina Anaya		JOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
32 254974.		1003594459
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0862

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
TIERRALTA 29-DIC-1959.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
WALBERTO MANUEL BERRIO GALEANO		M 6.574.957
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
83 AÑOS	3205874457	9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
DISCAPICITADO		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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	YOHESMI ARTEAGA Responsable
6574957. Documento de identidad	Documento de identidad	1003594959. Documento de identidad

Elaboró: Funtación Beraca

0863

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-marzo-2023

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANGIE JULIETH SOLANO BERRIO		CC: 1003594638
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22 AÑOS	3205874457	9 DE AGOSTO.
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 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 día 27 del mes MARZO de 2023

Angie Solano B		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003 594638		1003 594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0864

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
TIERRALTA 14-ABRIL-1946.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MANUEL ARISTIDES YANES MORA		CC. 10.805.764.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
76 AÑOS	3145243821.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		JOHESMI ARTEAGA

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	JOHESMI ARTEAGA Responsable
10 805 764 Documento de identidad	Documento de identidad	1003 594 459 Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0865

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-JULI-1995.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGUSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
GLENYS MARIA CAVADIA ACOSTA.		CC: 1007548577.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27 AÑOS.	3136308498.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
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 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 dia 27 del mes MARZO. de 2023

Glenys Cavadia		Johesmi Arteaga
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1007548577.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0866

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

23- SEP- 1976.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
WILLIAM TEHERAN CASARUBIA.		CC: 78.764.590.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47 AÑOS.	3234695054	BARRIO 9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		YOHESMI ARTEAGA

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
William Teheran		YOHESMI ARTEAGA
78764590.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0867

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
TIERRALTA. 10-MARZO-1958		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANA VICTORIA MARTINEZ CAUSIL		CC: 26249029
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65. AÑOS	3145607098.	BARRIO 9 DE AGOSTO.
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 27 del mes marzo de 2023

Ana V martinez		YOHESMI ARTEAGA
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26249029.		1003594459.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0868

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

77- Jun- 2023.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YULIANA HERNANDEZ MURILLO.		CC. 1073991917
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19 AÑOS	3007373760.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE.		Eduth Hortus

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 27 del mes MARZO. de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Yuliana Hernandez		Eduth
1073991917.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0869

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
TIERRALTA. 31 - DIC - 7972.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DORA PATRICIA GOEZ FLOREZ		CC. 32290894.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50 AÑOS.	3217973749.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilma Hortiz

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 27 del mes MARZO de 2023

DORA GOEZ		Edilma
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
32 290 894		26 175 536
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0870

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-oct-1940

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MANUEL FRANCISCO MARTINEZ ARDILA		CC 15 381 771
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
83 AÑOS.	3206594998	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS		Edilberto Hortua

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 23 del mes marzo de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15 381 771		29175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0871

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
TIERRALTA. 20-JUL-1965		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
OSCAR LUIS SALUM SALGADO.		CC. 75 672 658.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
57 AÑOS	3118527579.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		Edeltha 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 medico. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia de la bacteria en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba _____ 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 27 del mes MARZO de 2023

Oscar L Salum S		Edeltha
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
75672658.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0872

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
TIERRALTA. 17-MAYO-1985		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DILIA SOLANO VEGA		CC. 1073 982 974.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37 AÑOS.	311 523 2475.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Editha 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 27 del mes MARZO de 2023

Dilia		Edhuth
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073982974.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0873

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

9-Sep-90.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Tierralta - córdoba		Bro 9 Agosto.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Erika Liney Diaz Miranda		1003 594 574.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32.	312 766 3959.	Br. 9 Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa.		Edilta 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 27 del mes Marzo de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Erika Díaz		Edilta
1003 594 574		26175330
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0874

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

19-Feb-72.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Montería - Córdoba		Bro. 9 Agosto.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Audel Miranda Velasquez		50. 861 573.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
51	314 501 1180.	Bro 9 Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Edilma 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 29 del mes marzo de 2023

pAudel Miranda		Edilma
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50681 573.		26175 336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

875

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

30-08-54

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA		Br. 9 Agosto
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Marcos Fidel Diaz Lucas		15.580.159.
EDAD	TELEFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
67.	314 501 1180	Brio. 9 Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Eduth 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15.580.159.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0876

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-Juli-2023

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MELISA ANDREA GOMEZ GOMEZ		TI 1074003773
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
9 AÑOS	3233857856	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Edith Martinez

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Andi Mendoza	Edith
1074003773	1041760172	26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0877

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-NOV-2015.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YULIANA SIERRA MENDOZA.		TI: 1077437949.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
7 AÑOS.	3233857856.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Estefania 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
	Asiendo en	Estefania
1077437949	1001760122	8 26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0878

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
TIERRALTA. 08-SEP-2012.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JAILER ALISANDRITO Pomico Pomico		TI: 1074000615
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
10 AÑOS.	312-2215793	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE.		Edilthe 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 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Edilthe
1074000615	1073999559.	26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0879

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
TIERRALTA 29 - MARZO - 2023		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS SANTIAGO MENDOZA NIETO		TI 1074 003 362
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
9 AÑOS	3233851856	9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		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 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 29 del mes MARZO de 2023

Santiago		Editha
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1074003362	1041260722	26 175 336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0880

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

15-nov-1993.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
REINA DOMICO DOMICO.		CC: 1073999559.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29 AÑOS.	3722215793.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilthe Martinez

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo de forma libre mi consentimiento a la 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 27 del mes marzo de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Edilthe
1073999559.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0881

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 - dic - 2015.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANGEL DAVID. Pomico Pomico		RC 1074 009 280.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
7 AÑOS.	3122775793.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Edith Martinez

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Edith
1074 009 280.	1073 999 559.	26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0882

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

23-MAY-2024

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
WILDER HORACIO DOMICO DOMICO		TI: 1074.005 359.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
8 AÑOS	3122275795.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Edilitha 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 tam zaje 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eduth
1074 005 359		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0883

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
TIERRALTA. 05-02-69.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
AMPARO DE JESUS ESPITIA GUZMÁN.		CC: 50975496
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54 AÑOS.	3114003739.	9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilttia 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50975496		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0884

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		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA. 11-dic-1992.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
IRIS SOFIA ZURITA DIAZ		RC. 1073995998.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30 AÑOS.	3217437707	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edeltha 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Iris Zurita.		Edeltha
1073995998.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0885

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
TIERRALTA - 01-NOV-1951		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JOSE DE LOS SANTOS GONZALEZ NAVAS		CC - 75606693.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
71 AÑOS	3126512123.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
OFICIOS VARIOS.		Estilita 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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Eduardo
75606693.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0886

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-Feb-1955.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
FARIDES DEL CARMEN TRIANA CASTELLANO.		26 229 708.
EDAD 68 AÑOS.	TELÉFONO 3126592123.	DIRECCION DEL PACIENTE 9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA		Edilma Hartos

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 27 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Farides Triana		Edilma
26 229 708.		26125336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0887

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 - ENERO - 7937.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANA VICTORIA TRIANA CASTELLANO		CC. 26 208 539.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
86 AÑOS	312 651 2923.	9 DE AGOSTO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
DISCAPACITADA.		Edelitha Hastes

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 27 del mes marzo de 2023

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

Elaboró: Fundación Beraca

0888

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

18 mayo - 2007.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
OMAR ENRIQUE IBARRA GONZALEZ		TI: 1077432793.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15 AÑOS.	3126572723	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Edilia Hartz

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 27 del mes MARZO de 2023

Omar Ibarra	Yamide Briano	Edilia
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1077432793.	02629702	26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

889

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

27-JUN-2007

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRA ITA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
YOHAIRA RAMOS HERNANDEZ		TI: 1073 982 284.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15 AÑOS.	3007373160.	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ESTUDIANTE		Estudiante

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 27 del mes MARZO de 2023.

Yohaira Ramos He	Yohaira Hernandez	Estudiante
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1073 982 284.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0890

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

27-MARZO-79 EA.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
TIERRALTA.		9 DE AGOSTO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
AGENIDA LUZ ZURITA ACOSTA		CC: 50 641 342.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
39 AÑOS.	3235434855	9 DE AGOSTO.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
AMA DE CASA.		Edilthe Martinez

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 27 del mes MARZO. de 2023

Agenida Luz		Edilthe
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50 641 342.		26175336
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca