0418

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

684457

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yuris Galvan Hoyos		CC 1.003 126321
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
22	3234585914	V. Campo Bello.
OCUPACION DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa.		Ana Ensuncho.

05-09-2000.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por 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 24 del mes 03 de 2023.

Yuris Galvan		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003126321		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0419

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Argemiro Ceballos Alzate		cc 3.445602
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73	3205257890	V. Punta verde
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
— o —		Ana Enuncho.

19-01-1950

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03 de 2023.

Argemiro	Ceballos	Ana Enuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0420

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carmen Ester Carrascal Mader		CC 26.025.209
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
71	3153597199	B. Castilla-Villa Brasilia
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

26-12-1952

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __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 24 del mes 03 de 2023.

Carmen Carrascal		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26025209		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0421

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Reina Isabel Vaquet Ramos		CC 50.965.125.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54	3217810130	V. El Espanto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aux de Csss		Ana Ensuncho.

29-11-

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 24 del mes 03. de 2023.

Reina Vaquet		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1050965125		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0422

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
Planeta Rica		HSJ.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yuri Pastrana Romero		CC. 1.064.188.837
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17	3137724739	V. El Arco.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Amg de Casa		Ana Buscucho.

22-11-2005

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 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 24 del mes 03. de 2023.

Yuri Romero P.		Ana Buscucho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1064188837		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0423

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Teodora Madera Somoller		CC 26.027.650.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
61	3205410575	B. 22 de Agosto.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho

17-07-1961

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 24 del mes 03. de 2023.

Teodora Madera		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26027650		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0424

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
Planeta Rica		HSO.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Teresa de Jesus Rivero Canole		CC 50.868.367
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	315 245 7210	V. El Almendro
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho.

07-09-1957

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 24 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

0425

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Danlot fernandez Avila		cc 1.066.745.906.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL PACIENTE
27	3218235168	B. San José
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

09-04-1995

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 23 del mes 03. de 2023.

Dany Fernandez		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066745906		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0426

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lina María Guerra Valero		cc 1.066.744.881
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
29	3207106500	B. Porvenir
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho

13-12-1993

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 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 24 del mes 03. de 2023.

Lina Guerra Valero		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066744881		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0427

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria fernanda velez Arroyo		CC 1005474550
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19	3236174996	V. Providencia
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

04-05-2003

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 24 del mes 03. de 2023.

M. Maria Fernanda Velez		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1005474550		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0428

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yancarbs Sierra Díaz		CC 1063355.242
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3205889659	V. Prosperidad
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Ana Ensuncho.

12-10-1999

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba 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 24 del mes 03 de 2023.

Yancarlos		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1063355242		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0429

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nicolas Gregorio Galvan Dominguez		CC 15.671.286.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
52	3022580619	Calle 4 Cra 10-Nº 9-63 Centro.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Constructor.		Ana Ensuncho.

04-06-1970.

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.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
15 671 286		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0430

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Karen Margarita Castillo Lugo		CC. 1.066736.544
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	3127836661	B Planetica.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Manicurista.		Ana Ensuncho.

22-05-1991

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 __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 24 del mes 03 de 2023.

Karen Castillo L.		Ana Ensuncho.
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.066736544		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0431

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jose Manuel Pacheco Cortes.		6662084
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
75	3109548656.	B. La Castellana.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
— o —		Ana Ensuncho.

19-03-1948.

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 24 del mes 03 de 2023.

Jose Pacheco		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
6662084		50944059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0432

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
Planeta Rica		IHSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luz Estela Paternina Rojas		cc. 26040.234
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
47	3017972864	V Medio Rancho
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensuncho.

25.02-1976.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
Luz Estela P		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
26040234		

Elaboró: Fundación Beraca

0433

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Geomara Pastrana Monteroza		CC 1066737103.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
15.	3104969930	San Gabriel
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Ana Ensuncho.

16-06-2007

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 24 del mes 03 de 2023.

Geomara.		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066737103.		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0434

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Glenis Paola Monterroza Arrazo		CC 1063.252.222
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37	3104969930	San Gabriel.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho.

15-08-1985

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __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 24 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

0435

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Naybe Sosang Moreno de Salgado		cc. 26.027.365
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	3107304402	B. San Martin
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Ana Ensancho.

15-11-1957.

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Naybe Moreno.		Ana Ensancho.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
		50940059.

Elaboró: Fundación Beraca

0436

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jorge Eliecer Bedoya Toirac		CC 15.671.545
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
52	3155030095	V. Loma Azul.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Jornalero.		Ana Ensuncho.

20-04-1970.

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Ana Ensuncho
15671545		50940059.
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0437

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yerlis Jineth Mercado Ramirez		CC. 1.193.046.605
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
24	3016188278	V. Santa Rosa
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Ana Ensuncho.

12-12-1998

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03. de 2023.

Yulis Mercado		Ana Ensuncho
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1193046605		50940059
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0438

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hedardo Antonio Acosta Ruiz		CC. 15662412
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
68	3217386161	U. Galileo
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varios		Ana Ensuncho.

30-09-1955

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba __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 29 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
		50940057.

Elaboró: Fundación Beraca

0489

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. 81

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nancy Esther Guerrero Hoyos		26035779
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
41	3202787469	Planeta Rica
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Expendedor carnes.		Eydis Suarez V

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Nancy Guerrero		Eydis Suarez
X 26035779		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0440

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

9-Marzo-44

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Diva Leonor Rico Guerra		CC. 26023894
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
78.	3116507830.	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Fadis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Diva Rico		Fadis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 26023894		3092248 4
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0441

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
Planeta Rica 23-NOV-2009		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
María cristina Arieta Martinez		TI 1066738098
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
13	3	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Estudiante		Explos Suarez V.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
María Cristina Arieta	Viva Rico	Explos Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
1-066-738 098	X 26023894	50922484

Elaboró: Fundación Beraca

0442

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
Planeta Rica 10-01-84		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Onalvis David Martinez Florez		cc. 10952862
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
39	3114499201	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Fidel Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

X Onalvis Martinez		Fidel Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 10.952.862		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0443

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-MAR-20 - 64

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elver de jesus piedrahita Mendoza		CC. 1566[illegible]7497
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59	3207820244	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante		Fyalis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Elver Piedrahita		Fyalis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15.667.497		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0444

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
Planeta Rica 26-DIC-56		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Freidyn Fontalvo Simanca		CC. 15665484
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
67	3233921271	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Comerciante		Eplis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Freidyn Fontalvo S		Eplis Suarez
X 15665484		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0445

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
Planeta Rica 7-Sep-50		Vereda el golpe
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Pablo paternina lopez		cc. 6866. 608
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73	3148184015	Vereda el golpe.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor.		Eydes suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		Eydes Suarez
X 6866608		8097-2484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0446

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

9-Mayo-85

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Francisco Javier Cogollo Noda		CC. 1066721126
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
37	3147549304	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Eydis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Francisco J Cogollo		Eydis Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
X 1.066.721.126		50922484

Elaboró: Fundación Beraca

0447

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

10-01-74

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luzmarina Ramos Escobar		cc. 50977573
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
44	3136337971	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Cocinera Restaurante		Eydis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Luzmarina		Eydis Suarez
Documento de identidad	**Documento de identidad**	**Documento de identidad**
50977573		9092484

Elaboró: Fundación Beraca

0448

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

07-07-99

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Laureles
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Juan Diego Anaya Calle		CC. 1066753314
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23	3146601028	Laureles
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Militar		Feyder Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Juan Anaya		Feyder Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066753314		80722484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0449

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
Planeta Rica 28-Feb. 57.		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ida Hilda Tirado Lopez		26025374 CC
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	3003944569	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor Restaurante.		Eydis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

X Ida Hilda Tirado	_____	Eydis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 26025374	_____	50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0450

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
Planeta Rica 2-DIC-72.		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Hector Rafael Coronado Vergara		CC. 15674902
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
50.	3116028467	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Eydes Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

X Hector Coronado		Eydes Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 15674902		8922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0451

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
Planeta Rica 3-Sep-2005		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Sebastian Herazo Buelvas		TI. 1064188757
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
17	3122908081	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Eydes Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Sebastian Herazo B.	Buelvas	Eydes Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1064188757	5082023	8092248 4
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0452

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
Planeta Rica 5-Nov-1967		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Linett Bueno Fontalvo		cc. 50,872 023
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3122908081	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor público		Fabio Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Fabio Suarez
50872023.		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0453

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

3 - Abril 2023

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Alberto Hernandez Claret		CC. 1069465815
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19	3242632871	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Fydes Suarez V

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el dia 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		Fydes Suarez
X 1069465815		50927484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0454

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_Ags-67

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Nuris gonzalez Ramos		cc. 43889.048
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3205855791	Mercado.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedora		Eydes Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		Eydes Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
X43889048		9092484

Elaboró: Fundación Beraca

0455

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
Planeta Rica 23-Nov-2001		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Biarlis Guerra Sanchez		CC. 1003306644
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21	3028219808	Mercado.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Eyder Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Biarlis Guerra		Eyder Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003306644		9092284
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0456

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
Planeta Rica 28-08-97		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jamer Elías guzman Extremor		CC. 1066750549
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3223591793	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Fabis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Jamer Extremo		Fabis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066750549		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0457

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

6-Marzo-2004.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carlos Andres lopez Sanchez		TI. 1064.186.914
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
19.	3106762245	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios		Eyder Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

X Carlos lopez		Eyder Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Carlos lopez		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0458

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-66

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yasmin Martinez Nassif		cc. 50.872.880
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56.	3147359034	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Propietaria Granero.		Eydis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50872880 Pl. Rica		Eydis Suarez
X		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0459

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
Planeta Rica 4-NOV-75		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Fredy Fernandez Romero		CC. 10951043
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
48	3002066333	Mercado.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Eydis Suarez

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X		Eydis Suarez
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
X10951043		80922484

Elaboró: Fundación Beraca

0460

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
Planeta Rica 27-NOV-1967		Mercado
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Tomás Ramos Anaya		15670055
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	3182517146	Mercado
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Vendedor		Eydis Suarez V.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03 de 2023.

X Tomás Ramos		Eydis Suarez
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X 15670055		50922484
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0461

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
PLANETA RICA - 24-03-2023		MERCADO
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
JAIRO MANUEL SEGURA ROSSO		1566707
EDAD FN-11-8-63	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
59 AÑOS	3216329001	CII-22 # 10-34 - B/JERUSALEN
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 24 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
1566707		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0462

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
PLANETA RICA - 24-03-2023		IPS SANAS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LIDIA CHACÓN RINCON		26863630
EDAD FN: 22-10-81	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
49 AÑOS	3118233968	MONTELIBANO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
INDEPENDIENTE		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 24 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Lidia Chacón R.		ALEXI PETRO
26863630		
Lidia Chacón R.		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0463

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
PLANETA RICA - 24 - 03 - 2023		SANA PLANETA RICA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
XENIA HOYOS MONTEROSA		50853358
EDAD 18-06-68	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
54 AÑO	3217028036	PUEBLO NUEVO
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 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 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 MARZO de 2023.

Xenia Hoyos		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50 853 358		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0464

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
PLANETA RICA - 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ROSA AMELIA MIRANDA PADILLA		26 025554
EDAD FN: 29-06-60	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
62 AÑOS	3104444338	VEREDA CAROLINA
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
ANA 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 24 del mes MARZO de 2023.

ROSA Miranda		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
26025554		30654708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0465

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANAS
NOMBRE 23-12- VICTOR RAMON PERALTA BETIN		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO 15 665 406
EDAD 23-12-60 62 AÑOS	TELÉFONO 321 810 5838	DIRECCION DEL PACIENTE BL LA ESPERANZA
OCUPACIÓN DEL PACIENTE MOTO TAXI		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA ALEXI PETRO

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

Victor Peralta		Alexi Petro
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
15665406		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0466

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
EDER LUIS MESTRA MONTE		1007936241
EDAD 22-07-99	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
23 AÑOS	3106355322	CL- 5 K 10-12 B/SAN JOSÉ
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
MATARIFE		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 24 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Eder Luis Mestra		ALEXI PETRO
Documento de identidad	**Documento de identidad**	**Documento de identidad**
1007936241		30 656 708

Elaboró: Fundación Beraca

0467

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
PLANETA RICA - 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARLENY MIRANDA VIDAL		34930175
EDAD FN: 1-12-55	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65 AÑOS	3106157623	VEREDA MARANGONAL
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 24 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
34930175		30 655 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0468

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
PLANETA RICA-24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
KIARA MARÍA NARVAEZ SANCHEZ		1003305279
EDAD FN 7-06-2001	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21 AÑOS	3207193970	CL 5 KA-12 B/SAN JOSE
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 24 del mes MARZO de 2023

Kiara Narvaez		Alexi Petro
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.003.305 279.		30636708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0469

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
ANA BEATRIZ VASQUEZ PADILLA		50 948 676
EDAD FN=31-12-71 51 AÑO	TELÉFONO 313 850 0129	DIRECCION DEL PACIENTE C11=22 KRA-13 B/JERUSALEN
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 24 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X Beatriz Vasquez		ALEXI PETRO
X50.948.676.		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0470

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
PLANETA RICA -24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
NIDIA ROSA HERNANDEZ MORENO		25 990 875
EDAD FN=25-3-1966 57 AÑOS	TELÉFONO 3126439901	DIRECCION DEL PACIENTE MONTELÍBANO
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 24 del mes MARZO de 2023.

Nidia Hernandez		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
25990875		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0471

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
PLANETA RICA - 24 - 03 - 2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
SONY ISABEL ROMERO AVILEZ		50 965 053
EDAD FN-3-SEP-59	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
66 AÑOS	3155381235	B/ SAN JOSÉ DE LA CANDELARIA
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 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 24 del mes MARZO de 2023.

Sony Romero		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
V 50965053		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0472

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
FREDY ANTONIO TUBERQUIA PEREIRA		6890680
EDAD FN=22-07-1962 60 AÑOS	TELÉFONO 3135131234	DIRECCION DEL PACIENTE B/ LAS AMERICA
OCUPACIÓN DEL PACIENTE ALBAÑIL		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA ALEXI PETRO

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
6890680		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0473

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
PLANETA RICA - 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
CLAUDIA PATRICIA SUAREZ HERNANDEZ		50 980 003
EDAD FN=9-007-76 46 AÑOS	TELÉFONO 3002113529	DIRECCION DEL PACIENTE CR = 12 KRA = 10 B/SAN MARCO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
COMERCIANTE		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 24 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Claudia Suarez		ALEXI PETRO
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad
50.980.003		30 656 708

Elaboró: Fundación Beraca

0474

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
MARIA EUCARI SALAZAR CARDONA		39406131
EDAD 7-6-62 60 AÑO	TELÉFONO 3145920287	DIRECCION DEL PACIENTE B/ EL PORVENIR
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 24 del mes MARZO de 2023

Maria Eucaris		ALEXI PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
39406131		30 676 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0475

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
DANIA ESTER OTERO MEAN		1067886708
EDAD FN=27-11-89	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33 AÑOS	3107397139	Kra-10 #6-54 B/ SAN MARCO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
COMERCIANTE		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 24 del mes MARZO de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Dania Otero Alean		ALEXI PETRO
1067886708		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0476

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
PLANETA RICA 24-03-2023		IPS SANA
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
LUIS MIGUEL MIER FUENTES		1066722078
EDAD FN: 2-06-2004	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
18 AÑOS	3202504587	VEREDA EL GUAMAL
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 24 del mes MARZO de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
LUIS MIER		ALEXI PETRO
1066722078		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0477

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
Planeta Rica 24-03-2023		Sans IPS
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Soaret Hoyos		1.067.282 414.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35	3146296522	El Poblado.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa - Estilista.		Alexi Petro.

20-06-1987

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 __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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
M° del Pilar Suarez H		Alexi Petro
1067282414		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0478

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
Planeta Rica 24-03-2023		Sana EPS.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Alberto Santander Lopez Madera		CC 10.891.746.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
65	3205465385	El Pobla do.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor		Alexi Petro.

02-12-1957.

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 24 del mes 03 de 2023.

Alberto Lopez		Alexi Petro
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
10.891.746		30 656 708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0479

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
Planeta Rica 24-03-2023		IPS Sans
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Abrain Aguirre Anaya		CC. 15.664 376.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3172473657	B. Bolivar.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Tornero.		Alexi Petro.

29-07-1959.

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 __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 __24__ del mes __03__ de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
15664376.		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0480

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
Planeta Rica 24-03-2023		IPS Sana.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rafael Enrique Alvaret Benitet		cc. 15655016.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73.	3182704719	La Agavtada- cordoba.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Maestro de obras.		ALEXI PETRO

24-10-1948.

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
15.655.076		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0481

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
Planeta Rica 24-03-2023		Sana IPS.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carlos Andres Vertel Alvarez		1003292675
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
27.	3146752901	Apartada corbata
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Independiente		ALEXI PETRO

14-Junio-96.

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
		ALEXI PETRO
1003292675		30656708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0482

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-Mar20-1960.

MUNICIPIO Y FECHA DE TOMA DE MUESTRA		LUGAR DE TOMA DE MUESTRA
Planeta Rica		Planetica Vereda
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yaneth del carmen Alvarez Acosta		23014115
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
63	3135417058O.	Vereda planetica
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 24 del mes 03 de 2023

Yaneth Alvarez		Alexi PETRO
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
X.23.014.115		30650708
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0483

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Omar Antonio Bello Salgado.		10.6671908
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
42		V. La Arena
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ganadería.		Lucy Martinez F

29-12-1976.

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Omar Bello		
10667908		1069465647
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0484

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Rosember Antonio Narvaez Suarez		C.C. 2.822.105.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
70	3004367916	V. San Fco del Rayo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Agricultor y Ganadero.		Lucy Martinez

05-06-1948

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 24 del mes 03 de 2023

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

Elaboró: Fundación Beraca

0485

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jorge Mario Tirado Velasquez		cc. 1.003.591.480.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
33	3105058015	V. Guacharacal
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varios		Lucy Martinez F

27-01-1990.

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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003591480		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0486

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Jorge Antonio Acosta Vergara		CC 1066 726 752
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	312 216 6235	B. Planetica.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varios.		Lucy Martinez P

17-04-88.

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 24 del mes 03 de 2023

Jorge Acosta		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066726752		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0487

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Ana María Caldera Hets		Cc 1066740206
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30	3225685162	B. Gonzalo Mejís
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Química		Lucy Martinez
16-08-1992		

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

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Ana María Caldera H.		
1066740206		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0488

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Elba Teresa Mesa Perez		34920105
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
73	3195082405	B. La Inmaculada
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez F

22-12-1949

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectuen lo descrito arriba 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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Elba Mesa		
34920105		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0489

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Indira Lopez Contreras		CC. 1068 726. 166.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35	304 2753977	V. El Uriano.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez F

09-01-1987

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

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por 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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Indira Lopez		
1066726166		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0490

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Santiago Alberto Pertuz Trejo		CC 1.066.723.551
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
21	3042021125	V. Los Arboles.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Mecanico.		Lucy Martinez F

28-04-2001

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 __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 24 del mes 03 de 2023.

Santiago Pertuz		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
CC. 1066723551		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0491

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Carlos Jair Negrete Fuentes		c.c. 1.071.354.604
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
31	310 496 2466	V. Gelo.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Labores del campo.		Lucy Martinez F

31-01 1992

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 24 del mes 03 de 2023

Carlos Negrete		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1071354604		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0492

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yesenia Milbre Morales Cagdiz		CC 1.003.127.587
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
32	3166891838	V. Bello Rancho.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez f

23-11-1990.

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 24 del mes 03 de 2023.

Yesenia Morales		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003127587		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0493

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Yenifer Zunita Ruiz		CC 1.003.310.215
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20	304 2024185	V Providencia.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Martinez F

06-11-2002

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 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 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 24 del mes 03. de 2023

Jennifer Zunita Ruiz		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003310215.		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0494

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Berleidis Solano Vasquez		CC. 1.192.714.529
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
20	3003326314	V. Pueblo seco.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez A

10-02-2002

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por 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 24 del mes 03 de 2023

Berleidis Solano		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1192714529		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0495

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Dámer Antonio Salcedo Jiménez		CC. 1.003.305780.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
35	312475.1025	Cento Alegre.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Oficios Varios.		Lucy Martinez F

19-11-1987

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 _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 24 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1003305780		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0496

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Lenis Maria Acevedo cardenas		CC. 1064.192.280.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
14	312.475.1025	V. Centro Niega.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de casa		Lucy Martinez F

1 22-11-2008.

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 24 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1064192280		
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0497

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Karina Patricia Soleto Otero		CC 1066736612.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
30	3127053966	V. La fortuna.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ama de Casa		Lucy Martinez F

02-10-1997

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 24 del mes 03 de 2023

Karina Soleto		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066736612		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0498

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Deris Nañez Ortega		CC. 50. 868. 897
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
56.	3216057212	B. La Esperanza.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera.		Lucy Martinez F

20-05-1966

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba ___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 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
50.868.897 p12		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0499

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Edith Isabel Acosta Díaz		CC. 42.895.413.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
55	314 589 3530	B. Villa Linda
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Aseadora.		Lucy Martinez F

30-09-1967

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 24 del mes 03 de 2023

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
Edith Acosta		
1.42895413		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0500

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Andres Arturo Peluffo Montes		cc. 1.066.748.864.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
26	3016756294	B. Brasilia.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Ingeniero.		Lucy Martinez

31-10-1996.

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 24 del mes 03 de 2023.

Andres Peluffo		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1066748864		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0501

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
Planeta Rica		HSN
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Neris Susana Cardenas Sanchez		CC. 30583 244.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
38	3107171617	B. Villa nazareth
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Digitadora		Lucy Martinez F

24-01-1982

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 24 del mes 03 de 2023.

Neris Cardenas		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
30583244		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0502

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
Planeta Rica		HSN.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Luis Miguel Guevara Muñoz		C.C. 1.066.735.107.
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
34	3218184350	B. Santander.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Varios		Lucy Martinez F

28-01-1988

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

GENERALIDADES

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

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

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

Para constancia de lo anterior se firma el día 24 del mes 03 de 2023.

Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1.066.735.107		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca

0503

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
Planeta Rica		IPS Sana.
NOMBRE		TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO
Maria Isabel Carcamo Sagre		CC. 1.067.959.004
EDAD	TELÉFONO	DIRECCION DEL PACIENTE
25	3004492880	B. La Castellana.
OCUPACIÓN DEL PACIENTE		RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA
Enfermera		Lucy Martinez F

11-03-1998.

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 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.

MCamayo Sagre		
Firma o huella del paciente	Firma o huella del tutor	Responsable
1067959004		1069465648
Documento de identidad	Documento de identidad	Documento de identidad

Elaboró: Fundación Beraca