Secretaria de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

E.S.E. Hospital Santander Laureano

Còdigo:	130-04.1
versiòn:	002
fecha:	

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD			
						FEMENINO	MACULINO	PALENQUERO	INDIGENA	ROM	OTRO	CUIDADOR CABEZA DE FAMILIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jenny Viviana Dank.	1115185902	3228249862.	Cmss.		HSC	x													x		
Adelaida Heinarclu	1115189308.	3158880084	N EPS.	Adelaida	HSC	x														x	
Erika Viviana Campino		3113391661	N EPS.		HSC	x													x		
Maritza Estrada.		3123483014	N EPS		HSC	x														x	
Estefanía Castro	1005086341.	3144267507.	S.O.S.	EstefaniaC	HSC	x														x	
Fanny Reyes.	29331023	3113535486.	N. EPS		HSC	x														x	
Paola Andrea Gomez	1069583679	3104929229	N EPS	Paola A.G.	HSC	x													x		
Daniela reyes Garcia	1094974538.	3112667205		Daniela	HSC	x													x		
Sandra paola Gallego	1115186866	3128334070	SURA	Sandra	HSC	x														x	
Geraldine Monsalve.	1007960654.	3148087718	NEPS		HSC	x															
Angela Maria Calderon	1006373653	3169984034	N EPS.	Angela Calderon		x															

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2016

FECHA:

LUGAR: CJC

MUNICIPIO SEDE: Caicedonia Valle

HORA INICIO:

HORA DE TERMINACION:

FACILITADOR:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitano) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Yury Viviana castra	1033647904	310392 7568.	NEPS.	Yury.	HSC		X										X	
Bella. Danys. ortiz.	1115782755	321606a 001	NEPS.	Bella	HSC		X									X		
Laura Meliza Gonzale	1723239255.	3122885962	NEPS	laura.	HSC		X											X
José Humberto Tabares.	6211083	316959 1715	NEPS.		HSC			X										X
Marleny tora	24987032.	3135792057	NEPS.	Marleny.	HSC		X											X
Lilia Amelia. Vargas.	66.961396	32345384. 67.	NEPS.	LILIA	HSC		X											X
Nikel Rodriguez.	1115786205	312658 9987.	NEPS.	NIK	HSC		X										X	
Andres Farin.	1118.070940	321585. 7532	NEPS.	Andres	HSC			X									X	
José Rodriguez Velez.	976075.	321741. 3758.	NEPS.	Jose	HSC			X										X
Paula Sánchez	1006373386.	314672 817.	NEPS.	Paula Sanchez.	HSC.		X											X

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN - INFORMACIÓN
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Trabajando por tu Salud!

Código: 130-04-1
Versión: 002
Fecha: 27/07/2016

FECHA:
LUGAR: CJC.
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia Valle.
HORA INICIO:
FACILITADOR:
HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitano) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Johana Jimena.	38667626	321 6141585	NEP. S. sub	Jady x Jimena		X											X	
Anyi Ramirez	1115791835	320545 7389	NEPS sub	x AnyiR		X											X	
Monica F. Devia C.	1115792254	304419 5880	Emss sub	Monicafernanda x DeviaCardona		X											X	
Laura sofia Devia cardona		304419 5880	Emss sub.	x Laura Sofia		X											X	
Martha Lucia Gaviria.	31203 284	301787 8567	Sanida	x Martha		X											X	
Frank Barbano	1115.792 587	312793 8582.	NEPS	x Frank		X											X	
Nicol Duque osso.	1115785 090.	323483 6255.	NEPS. sub	x Nicolle Duque		X											X	
Luz Elena Diaz	896717 72	317873 8994.	NEPS.	x luz elena		X											X	
Dora Suarez.	669626 978.	324584 9982.	Emss.	Dora Suarez		X											X	
Honley Giraldo. C.	94.250. 789.	320720. 9453.	sanitas.				X											X

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

E.S.E. Hospital Santander

Còdigo:	130-04.1
versiòn:	002
fecha:	

FECHA: Novie 6-2024 | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: | HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MACULINO	RAIZAL	INDIGENA	ROM	OTRO	NINGUNA CONDICION	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Maira Luz Muriel			Emss sub	Maira Luz	HSC	X															X
Carolina Aricapa	1096034059	3235142835	Emss	Carolina	HSC	X														X	
Nhora rios	24497565	3235142835	NEPs sub	Nhora rios	HSC	X														X	
Natalia Corrales C	1115787770	3138467329	Emss sub	Natalia C	HSC	X														X	
Yasmin pacheco.	66.888.784	3117052547	NEPS. sub	Maria Jasmin P.		X														X	
Valentina Restrepo	1115782917	3215694512	NEPs sub	Valentina R.		X														+	
Johan Valdes	1115782056	3215694512	Emss sub	Johan Valdes			X													+	
Diana Lopez	1115790038	3215690389	NEPS sub	Diana C Lopez		X															
Santiago Moreno	1115787604	3226714417	NEPs sub	Santiago moreno L.			X											X			
Estefania castro	1005086347	3144267507	SOS cont	Estefania	HSC	X													X		
Gloria Ramirez	24675595	3106605388	SOS sub	Gloria	HSC	X														X	

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACION E INFORMACION

REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Departamental

Código: 130-04.1
Versión: 012
Fecha: 27.07.2016

FECHA:

LUGAR: CJC.

MUNICIPIO SEDE: Caicedonia Valle.

HORA INICIO:

FACILITADOR:

HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA			CONDICION			EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitanos) OTRO	MUJER CABEZA.	LGBI DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Johana Jimena.	38667626	321 6141585	NEP. S. sub	Lady x Jimena		X											X	
Anyi Ramirez	1115979 8 35	320545 7389	NEPS sub	Anyi R		X											X	
Monica F. Devia C.	1115792 254	304419 5880	Emss sub	Monica Fernanda x Devia Cardona		X											X	
Laura Sofia Devia cardona		304419 5880	Emss sub.	x Laura Sofia		X											X	
Martha Lucia Gaviria.	31203 284	301787 8567	Sanida	x Martha		X											X	
Frana Barbara	1115.792 587	312793 8582.	NEPS	x Frank		X											X	
Nicol Duque ossa.	1115785 090.	323483 6255.	NEPS. sub	x Nicolle Duque		X											X	
Luz Elena Diaz	896717 72	317873 8994.	NEPS.	x Luz Elena		X											X	
Dora Suarez.	669620 978.	324584 9982.	Emss.	Dora Suarez.		X											X	
Honier Giraldo. C.	94.250. 789.	320720. 9453.	Sanitas.				X											X

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Salvador

Tradición para la Salud

Código: 130-04 1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2016

FECHA:

LUGAR: CJC

MUNICIPIO SEDE: Caicedonia Valle.

HORA INICIO:

FACILITADOR:

HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Lorena Rivera.	48574790	318 274 4769.	AIC.	xLORENA R.	HSC	X											X	
Sonia Angel.	29'332.744	310663 2946.	NEPS	Sonia.	HSC	X											X	
Maria José Gonzalez	1115880221	319666 3624.	NEPS.	Maria José	HSC	X											X	
Luisa Guerrero	2000610195	317026 6024.	NEPS.	Luisa	HSC	X											X	
Alexander Velez Sanche	1115789547	311631 1770,	Emss.		HSC		X										X	
Lorena Rivera.	48574790.	318274. 4169.	AUC.		HSC	X											X	
Jenny Viviana Dante.	1115785902	322824 9862	Emss.	Jenny Viviana Dante	HSC	X											X	
Adelaida Hernandez	1115789.	315888	NEPS.	ADELAIDA	HSC	X											X	
Laura Camila Gomez.	NEPS.	1069583 673	310482 8229	xLaura.	HSC	X											X	
Eucaris Daza	51870759.	323342. 6923.	NEPSS.	EUCARIS	HSC.	X											X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia · Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN S/(LUD) SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	E.S.E. Hospital Sanitas Avanzamos	Còdigo: 130-04.1 versiòn: 002 fecha:

FECHA: Noviem 6 - 2024	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD			
						FEMENINO	MACULINO	NEGRO	INDIGENA	ROM	OTRO	IDENTIDAD DE GENERO DIFERENTE	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Monanliz Utrera	5427557.	3108895928	NEPS		HSC	X													X		
Gilnover Peña	94.280.827.	3107355775	NEPS.	Gilnover P.	HSC		X											X			
Estefanía Nustes	1090273143	3167362997	NEPS.	ESTEFANIA.	HSC	X													X		
Luzbia. pelaes.	29'327.469.	3145096077	sanitas		HSC	X															X
Estefanía Velez	1115.791280.	3132206572	Emss.		HSC	X															X
Jairo Bedoya Murcia	94.257.827.	3173010844	NEPS.		HSC		X														
Esteban Mauricia Restrepo	1115952340.	3146083819	Emss.		HSC	X															X
Claudia Marcela Rodri	1007598734	3137596267	NEPS.	claudia M.R.	HSC	X														X	
Jenifer López Lopez	1007598734	3135796767	NEPS.		HSC	X														X	
Martha Lucia Rivera	31203384	3017818563	sanidad	martha.	HSC	X															X
Frank Barbara.	1115792587.	3127938582	NEPS.	FRANK	HSC		X														

Secretaría de Salud Pública — Calidonia

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Código:	RF-40-2024
versión:	003
fecha:	OCTUBRE 24 2024

FECHA:
LUGAR: Cultivate
MUNICIPIO SEDE: Calcedonia Calle.
HORA INICIO:
FACILITADOR:
HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADOS	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0 - 12 AÑOS	EDAD: 13 - 17 AÑOS	EDAD: 18 - 29 AÑOS	EDAD: 30 - 59 AÑOS
Slendy Báez	1083879659	3178120195	Nueva eps	Slendy B.														X		
Yenny I Torres	1115.187.093	3147971122	Nueva EPS	Yenny T																X
Raibellys villalobos	6490006	3006842824	Nueva EPS	Raibellys																X
Lucy Leal Acuña	29332896	3104253440	Nueva EPS	Lucy Leal Acuña																
Yenni Carolina	1010109999	3215942491	ESS	Yeni															X	
Andres Hanao	L — O	1115188637	ESS																	
Laura Restrepo	1007757328	3103887747	Nueva EPS	Laura V. Restrepo															X	
William Yurani Ramirez	1115187867	3216144108	Emssanar	William Ramirez																X
Daniela Osorio R	1006318395	3186510908	Nueva EPS	Daniela Osorio															X	
Ismal Montilla	29670979	3148080524	Emssanar	Montilla I															X	
Claudia Ariza	1115192296	3187510630	Emssana	Claudia Ariza															X	
Jessica Andrea Lopez	1115187930	3235266773	Nueva Eps.	Jessica Andrea Lopez																X
Jimena Ramirez	1007598315	3218384754		Jimena Ramirez.																
Luz Enid arcos	61.962.041	3113950329	Nueva Eps	Luz Enid arcos																X
Genesis Esado	3669388	3244384896	NEPsal	Genesis E																D
Monica Andrea Gonzalez		3104450998	NEP. Sub	Monica																
Natalia Garcia Q.	1098311503	3207758133	Nueva EPS	Natalia Garcia																X
Durley Restrepo	66888923	3053615630	Nueva EPS																	
Yulithe Lopez	41912298	3126091761	Nueva EPS	Yulithe Lopez																
monica Rocio calderon	1.115189395	3104468639	nuevaeps	monica Rocio C																

Alcaldía de Caloto / Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO		Código: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA: | LUGAR: Cultivark | MUNICIPIO SEDE: Caracolonia Valle. | HORA INICIO:

FACILITADOR: | HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD			
						FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 Y MAS AÑOS
Angie Quitian	1115185556	3077669803	NPS.3	Angie Quitian	HSC	X															
M Camila Bedoya	1115582717	3196899100		Camila Garcia	HSC	X															
Maria Consuelo Bedoya	25162640	3233850640	N EPS	Maria Consuelo	mama	X									X					X	
Alejandra Suarez	66961[illegible]	3147952769	N EPS	[illegible]	HSC	X														X	
Erika Vanessa Cuartas	1115189219	3217359796	N. EPS	Erika Cuartas	ma	X															
Luz Edith Santamaria	1115190125	3234169480	N. EPS	Luz Edith Santamaria	Mamá	X														X	
Consuelo Villega	29328603	3120954749	PS2	Consuelo Villega	abuela	X	X													X	
Eliana andrea timote	1115187648	3104239476	N EPS	Eliana A timote	HSC	X														X	
Amparo cuervo	29329287	3207558223	nueva eps	Amparo cuervo	HSC	X														X	
Anllyuliana cruz Ojeda	1005367533	3137520300	N. EPS	Anllyuliana Cruz O.	HSC	X														X	
Marisol Santamaria B	1115188186	3217128941	Emss	[illegible]	HSC	X														X	
Diana Legada	1115188393	3103670412	SURA	Diana Legada	HSC	X														X	
Angela Calderon	1006373653	3169984034	N EPS	Angela Calderón	HSC															X	
adriana morales	6216066	3011052475	N EPS	adriana	HSC	X														X	

HSC

Alcaldía Municipal de Caicedonia / Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	E.S.E. Hospital Santander Anunciata	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

						SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS	
Norbey Loaiza	6210367.	3014231058	N CPS		HSC		X															
Orlando Salazar	10097862.	3104062205	Sura.		HSC		X															X
Hector Valencia	6207297	3218773127	NCPS	HECTOR	HSC		X															✓
Manuela Osorio	1115195180	3137637884	NCPS	Manuela OS	HSC	X													X			
Daniel Ordoñez	6511501	3143244013	NCPS		HSC		X															X
Albanere Restrepo	24985871	3103525142	NCPS	Hilda Restrepo	HSC	X														X		
Jose Gabino Tellez	94250940	3147247031	Emss	José Gabino	HSC		X															X
Valentina Lambano	1107008182	3134059104	Asmet	Valentina L	HSC	X													X			
Maria Gabriela Blandon	29327430	3108248831	N. CPS	Maria Gabriela	HSC	X																
Julio Cesar Valencia	6212779	3207299992	N CPS	Julio Cesar Valencia	HSC		X													X		
Sandra Milena Diaz	29114307	3128631811	N CPS		HSC	X														X		
Julian Cubillos.	94462294	3204003200	Sanidad		HSC		X															✓
Alicia Londoño	29329333	Sin Dato	N CPS	Alicia Londoño	HSC	X														X		
Elena Tamayo	29329732.	3116251257.	NCPS	ELENA TAMAYO	HSC	X														X		
Nasby Tamayo	66903814.		N CPS.		HSC	X																✓
Jose Manuel Ortiz	8458693	3185908099	N. EPS		HSC		X															✓
Ivonne Mauricio Cabrera	66885632	3127601697	N CPS		HSC	X														X		
Jhoan Pena	1115195946.	3215522773	N CPS.		HSC	X														X		
Leidy J Amaya	1115193760	3120427037	Emss	Leidy	HSC	✓														X		

HSC

Alcaldía Municipal de Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Avanzamos	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Eliana A Timote	1115167648	3104394476	NCB		HSC		X														X	
Luisa F. Marin	1115184541	3104239446	NCPS	Luisa Marin	HSC		X												X			
Yaneth Vallejo	29331432	3234123088	NCPS	Yaneth Vallejo	HSC		X														X	
Alberto Tovar	6210051	3234123088	NCPS		HSC			X														X
Miriam Gonzalez	66962189	3116388868	NCPS	miriam G.	HSC		X														X	
Margarita Londoño	24674291	Sin Dato	NCPS	margarita	HSC		X															X
Ramon A Serna	1115186553	3127812718	NCPS	OTONIEL	HSC			X													X	
Otilia Avendaño	29327875	Sin Dato	NCPS	O A L A	HSC		X															X
Martha Garcia	21400742	3158142131	Gnss	Martha-ell	HSC		X													X		
Maria fabiola Henao	29327925	3007409148	NO	MariaFabiola	HSC		X													Y		
Julia Cesar Calle	6210237	3007904143	NO	Julia C. Calle	HSC			X												Y		
Glen Ramon Bejarc	1115186050	3302573391	NCPS	Glen Ramon	HSC		X														X	
Sebastian Soto.	1115148607	Sin Dato	NCPS	Sebastian soto	HSC			X											X			

HSC

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Manizales	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA					CONDICIÓN						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jose Hernan Hurtado	3235068049		N EPS		HSC			X				X										X
Eneba Ruillas	41899115		N EPS.		HSC		X					X										X
Maria cecilia Valencia	29327395		N EPS.		HSC		X					X										X
Fabio García	6213632.		N EPS		HSC			X				X									X	
Jairo Cardona londoño	6210285.		N EPS.		HSC			X				X									X	
Alba Nidia Grajales	29330979		N EPS		HSC		X					X									X	
Ligia Moscoso	29897260		Emss.		HSC		X					X										X
Andres David Benavides	1193148393		N EPS		HSC			X				X								X		
Juan David Buitrago	1032680670		N EPS		HSC																	
Luz Elena Lopez	1007452155		Emss.		HSC																	
Jose Jesus Arias	6209882		N EPS		HSC															X		
Joseep Gabriel Orun	32267632		Emss.		HSC															X		
Segundo Aquilino Sara	6212848.		N EPS.		HSC																	X
Gerardo Antonio Vega	10073767.		N EPS		HSC																	X
Angelica Bolaños	29741822		SURA		HSC																	
Carlos Mesa	6210623		SURA		HSC																	
Maria Morales	66963218		N EPS.		HSC																X	
Ana Sofia Vallejo	1006372534		N EPS		HSC																	
Diego Lopez	1115183969		N EPS		HSC															X		

HSC

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Santander

Còdigo:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jor Elena Arenas	66888852	3146015202	SURA	Jor Elena A.	HSC															✓	
Maria Enid Quintero	38550007	"	"	Maria Cuntero	HSC																✓
Karen Agudelo	1007757166	3178802036	N EPS		HSC															✓	
Andres Alzate	1007598376	3178802036	N EPS		HSC														✓		
Miyer Lady Arcila	1115187769	3112007330	N EPS	Miller Lady	HSC															✓	
Mi Walled Alzate	29955160	3122505980	Emss	Mi Walled Alzate D	HSC																✓
Katherine Londoño	1115192398	3128014281	Emss	Katherine Londoño	HSC													✓			
Oscar Solarte	6210413	3116445512	N EPS	Oscar S	HSC																✓
Yuli Baloz	1115193665	3206718357	N EPS		HSC																✓
Jor Dary Franco	29324916	Sin Dato	N EPS	Luz Dary	HSC																✓
Yolanda Mª Rojo	29327045	3106340015	N EPS	Yolanda	HSC																✓
Nancy Cuervo	29329396	3136902430	N EPS		HSC															X	
Lucila Mora	63514764	Sin Dato	S Total	Lucila	HSC																✓
Evelic Uribes	29327141	3176231246	N EPS	Evelia	HSC															✓	
Blanca Velasco	29329977		N EPS	blanca	HSC															✓	
Ana Barreto	29324892	3126515121	N EPS	ANNA	HSC																✓
Consuelo Barreto	29324975	3126515121	Famisanar	Consuelo B	HSC																✓
Lecha Carvajal	25016583		N EPS	Lelia Carvajal	HSC															✓	
Blanca Mejía	29998610	3106823370	N EPS	Blanca M.	HSC															✓	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud — Alcaldía Municipal de Caicedonia

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

E.S.E. Hospital Santander Caicedonia

Còdigo:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 06/11/24 | LUGAR: El Prado | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: | HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Paula Carvajal R	66969218	3147874840	SURA	Paula Carvajal	Nalvia	X					X									X	
Beatriz Helena Gomez	29330608	3128285833	SURA		EPC	X					X									X	
Jordan Tovar Castro	1115192853	3234047414	Nueva		Alcaldia		X														
Barthn Cecilia V	29331510	3168269259	Nueva		Reigrup	X														X	
La maria	66962110	3216437766	sana	La maria		X														X	
Valery Devia Asicapa	1033105908	3016134080	Emssanar	Valery D.A		X											X	X			
Josseb Osorio	32267632	3103781688					X												X		
Genesis Fernandez	33568129	3229554196	NUEVA	Genesis. A		X											X				
Aiyra Gabriela Buitrago	1092706839	3025251673	Sanidad	dilyn		X															
Hellen Giovanna Ruiz	1115575912	3234540775	Emssanar	Hellen		X											X				
Maman Hernandez	1116182982	3248521002	Nueva Eps			X													X		
	6190387 PPT	3166403644	subsidio nivel 1			X											X				
	1115186160	3165680632	emssanar				X										X				
Heidy Camila C.	1115184685	3235275268	Emssanar	Camila Castaño		X													X		
Juan David Buitrago A.	1032680670	3025400188	sanidad				X										X	X			
Yaimi Tatiana M	1115193761	3146243085	Emsana	Yaimi Tatiana M		X															
Adolfo Vargas	1116192873	3254723?	N.E.P.S				X												X		
Jessica Cesta	94751784	3226790338		Jessica Cesta																	
Luis Arcesio Londoño	6716884			Luis A Londoño																	
Lorena Castro	29.332532	3229243188	N P S	Lorena Castro																	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud	**PROCESO: GESTIÒN EN SALUD** **SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN** **REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO**	E.S.E. Hospital Santander Avanzamos	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	**No CEDULA**	**TELEFONO**	**EPS**	**FIRMA**	**ENTIDAD**		FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS	
Juan Gaviria Soto	94463724	3105939454	SOS		GUC			X													X		
Carolina Escobar	66963304	3218900691	Sura		Comisaria		X														X		
Claudia Cristina Franco H	66963980	3137422946	SURA		Comisaria		X														X		
Claudio Yolima Osorio	66961985	3128151767	SURA		Alc.		X														X		

Caicedonia Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Bernardo Gómez

Código:	RF-40-20 4
versión:	003
Fecha:	OCTUBRE 4-2024

FECHA: 12/11/24 LUGAR: BARRIO EL TRIUNFO MUNICIPIO SEDE:

FACILITADOR: CONIBT

HORA INICIO

HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA			CONDICIÓN					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	RROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Angie Rodríguez	1111764910	3108936745	N EPS	Angie Rodríguez H.	HSC	X														X	
Jose Unel Muñoz	6400641118	3127648283	N EPS	Jose Unel Muñoz			X														X
Ben Hur Mesa	6498480	3136152727	N EPS	Ben Hur Mesa	HSC		X														X
Libia Jave Saavedra	405426	3104201371	Emss	Libia Jave S	HSC	X															X
Maria Rios	25090627	Sin Dato	Emss	Maria Rios	HSC	X															X
Elizabet Duque	1115185247	Sin Dato	N EPS	Elizabeth	HSC		X													X	
Jauber Quintero	94463748	3137200 12	N EPS	Faiver	HSC	X															X
Marly Bejarano	66988175	3145201830	N EPS	Marly J.	HSC	X														X	
Leidy Cristina Grisales	66964644	3136195064	N EPS	Leidy Cristina	HSC	X														X	
Erika Gallego	1115194586	3233476654	N EPS	Fernando G.	HSC	X													X		
Aracned Ospina	29324093	3186457914	Emss	Aracel.	HSC	X														X	
Maria Alvarado	2490097845	3106409224	N EPS	Maria	HSC	X														X	
German Duque	17667455	3115791746	N EPS	GERMAN	HSC		X														X
Alba Esperanza Bolivar	29330703	3148720413	N EPS	Alba B	HSC	X															X
Yolanda Cabrera	29328965	Sin Dato	N EPS	yolanda	HSC	X														X	
Alba Pineda	29331858	3128360412	N EPS	ALBA	HSC	X														X	
Nana Ines Hernandez	66964003	3205621005	Emss	maria ines H.	HSC	X														X	
Martha Cecilia Lopez	29630613	3113172866	SOS	Arnobia R/Martha C.		X															X
Arnobia Renguifo	29400051	3173814807	SURA	Arnobia R	HSC	X														X	
Maria Bolivar	1006373639	3216914027	SURA	Maria Bolivar	HSC	X														X	

Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA					CONDICIÓN						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jose Romelio García	94251892.	Sin Dato	N. EPS.	Romelio	HSC			X														X
Ozena Agudelo	1116233053.	3151258132.	N EPS.		HSC		X														X	
Oscar Arroyabe	6208067.	3216363012	Emss.		HSC.			X														X
Luz Angelica Arcos	66963911	3145416090	N EPS		HSC		X														X	
Marlany Montoya	29154590	3147529075	N EPS	Marlenyuda	HSC		X															X
Jesus Medardo Arteaga	2550460.	Sin Dato	N EPS	Jesus	HSC			X														X
Teresita de Jesus Echeverry	21981206.	3234305344.	N EPS.	Teresita	HSC		X															X
Jose Luis Trujillo	1115167008.	3146977663	N EPS.	Jose L. T	HSC			X														X
Margie Agudelo	43911227	31623575??	Emss.		HSC		X														X	
[illegible]	66.961.377	3104239611	[illegible]	Luz M.	HSC		X														X	
Rosalba Giraldo	29.806.730	3207319590	N. EPS	Rosalba Giraldo	HSC		X		Afrodescendiente												X	
Alexandra [illegible]	1437552?6	318 5837771	Emss	Alexandra [illegible]	HSC			X													X	
Maria Dorila Hernandez	29.527.171.	3147961123	N. EPS	Maria Dorila	HSC																	

Caicedonia Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Samaritano Caicedonia

Código:	IIF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA				CONDICIÓN						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBTI	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Gisela ortiz Lozano	1113482043	3103631371	N.P.S	Gisela ortiz L.	ASC																		
Nicol Valeria Gallego		3196490002	N.P.S	Valeria G.																			
leidy viviana agudelo B		3234766107	N.P.S	leidy z.																			
Veronica Mejia B.		3155430733	N.P.S	Veronica Mejia B.																			
Luz Adriana Pérez C		3136284428	N P S	luz Adriana Pérez																			
Karol Dahiana tapias Rios		3107109431		Karol Dahiana tapias																			
Valentina Bivaldo		3215248581	N.P.S	Valentina Bivaldo																			
Maria jose Hoyos		3166110261	N.P.S	Maria Jose Hoyos																			
Dulce maria Losada	1115191026	3187752583	Ensanar	Dulce maria Losada																			
Sara vanessa Gusso		3188562330	nueva	Sara Vanessa G.																			
Jenifer Maya		3215619569		Jenifer Maya																			
Santiago Acero	1096036269	3229588727	Sanitas	Santiago Acero																			
Juan jose Lopez		3165321395		Juan jose Lopez																			
Alejandro celis rendon			N.P.S	Alejandro celis																			
Samuel valencia arbelaez	1115877545	3204503605		Samuel valencia																			
Jhonier Llano castro	1115186779	3155247612		Jhonier Llano																			
Brayan Alape	1115359397	3126530433		Brayan Alape																			
luis Arbey losada	1115 189 607	3215951535		Luis Arbey																			
Monica Alejandra Hernandez		3275597778	ensanar	Monica Alejandra H.																			
Maria Alejandra H.				Maria Alejandra																			

Gobernación de Caldas / Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Manizales	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24 2024

FECHA: 12/11/24 | LUGAR: [illegible] | MUNICIPIO SEDE:

FACILITADOR:

HORA INICIO:

HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA					CONDICIÓN					EDAD			
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FIJA	LGBTI	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	
MANUEL Bolivar	1115188629	3016133190	N	MANUEL			X												X		
Karol Arias Ulloa	1117024682	3122133879	M.P.S	Karol		X													X		
Mabel Susana ramirez		3116636385		Mabel		X													X		
Maria Jose Alzate		3096569465	N.P.S	Maria Jose		X													X		
Mariana Hernandez		3113814928	E.M.S	Mariana		X													X		
Angela Martinez		3142303164	N.P.S	~~Angela Martinez~~		X													X		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud — Alcaldía Municipal de Caicedonia

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

E.S.E. Hospital Santander Manzanares

Còdigo:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:
FACILITADOR:		HORA INICIO:
		HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Miguel Angel Hoyos	1.115.191.510	3136259248	N EPS	Miguel Angel H.			X										X				61
Matias Gomez		3203545546	N EPS	Matias Gomez			X										X				
Jaban Sierra		3197760895	Casanar	Jhon			X											X			
Laura Sofia Toro	1113 189 806			Laura Sofia Toro			X											X			
Juan Sebastian G.	1018255865	3218588246	Sura	John galleg			X										X				
Cesar Mejia		3136082727	N EPS	CMejia			X										X				
Laura Cristina Loaiza		3246084571	NEPS	Laura Loaiza			X										X				

177 CBS

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTION DE COMUNICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Trabajando por su Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 27/11/18 LUGAR: El Nicolás MUNICIPIO SEDE: HORA INICIO:

FACILITADOR: HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Maria Deyanira Gaitan Gomez	66.962853	321587 3063	nueva			X				X							X	
Laura Camila Robalo Salazar	1110515192	311478 2664	N. EPS	Laura Robalo		X				X							X	
Alina Sanchez Zepeta	40078484	3143986259	N. EPS			X				X	X						X	
Irlany Gonzalez Munoz	29806603	3155382819	N. EPS			X				X	X							X
Everlyn Beatriz Ruiz Linares	PPT 66311143	3234778169	N. EPS	Everlin		X				X	X						X	
Yaisma Lorena Ruiz	1115188384	3232984730	N. EPS	Yeisma R		X				X	X					X		
Olga Osorio Ramirez	66962161	3232867061	N. EPS	Olga		X				X	X						X	
Carmen Rosa Moreno Lopez	1115189769	3009897203	N. EPS	Carmen		X				X	X						X	
Maria Consuelo Diaz Ramirez	66961362	3126218309	N. EPS			X				X	X						X	
Jairo de Jesus Estrada Zadayz	94254841	3136196828	N. EPS	Jairo estrada			X			X							X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

E.S.E. Hospital Santander Lozano

Còdigo:	330-04.1
versiòn:	002
fecha:	

FECHA: 28-11-24 | LUGAR: IE CHONV | MUNICIPIO SEDE:

FACILITADOR:

HORA INICIO:

HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	SEXO: OTRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM	ETNIA: OTRO	CONDICIÓN: MUJER CABEZA DE FAMILIA	CONDICIÓN: LGBT	CONDICIÓN: DISCAPACIDAD	CONDICIÓN: DESPLAZADOS	CONDICIÓN: VICTIMA	EDAD: 0 - 12 AÑOS	EDAD: 13 - 17 AÑOS	EDAD: 18 - 29 AÑOS	EDAD: 30 - 59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Jeison Riomedes Herrera Toro	1115185871		Nueva EPS (S)	Sos			X														
Jhoan Sebastian Gutierrez Cruz	1117348183		Nueva EPS (S)	JHOAN			X														
Jose Alexander Londoño	1115186134		Nueva EPS (S)	JHON			X														
Jhon Alejandro Escobar Arango	1115183712		Nueva EPS (S)	X			X														
Misael muñoz Saldarriaga	94252825		Nueva EPS (S)				X														
Camilo Bedoya lopez	1005093602		Nueva EPS (S)	Camilo lopez			X														
Nestor Diego Galue? lopez	18385397		Nueva EPS (S)	Diego Lopez			X														
Darwin steven Garcia Gallego	1006372605		Nueva EPS (S)	Steven G.			X														

Caicedonia Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Santander

Código:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 22/11/24. LUGAR: Centro Vida. MUNICIPIO SEDE:

HORA INICIO:

FACILITADOR: Fabio Fdo Ducchino Ethiloy Vivas Jaramillo.

HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÓN						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Aurora Rodríguez	51572195	3123417061	N GPS		HSC	X					X										X
Blanca Castaño	29321786	2165963	N GPS		HSC	X					X										X
Blanca Zapata	29322794	3225241351	N GPS		HSC	X					X										X
Blanca Vaquero	29327644	3153729003	N GPS		HSC	X					X										X
Cristina Criollo	29831367	3233726037	N GPS		HSC	X					X										X
Dolores Ocampo	41805001	3146665749	N GPS		HSC	X					X										X
Edelmira Santa	24310987	3106584019	SURA		HSC	X					X										X
Enerved Berguero	29329268	3146701662	COOMITEP		HSC	X					X										X
Enrique Cardona	29332292	3116324308	SURA		HSC		X				X										X
Fany Morales	64593582	3134284009	ENTES		HSC	X					X										X
Flor Gutierrez	25154198	3146216318	N GPS		HSC	X					X										X
Flor Aliaga Molina.	29324502	2160203	N GPS		HSC	X					X										X
Georgina Valencia.	22039890	3126223636	N GPS		HSC		X				X										X
Gladiano Buitrago	38591032	3166934513	N GPS		HSC	X					X										X
Gladis Jaramillo	25244594	3114155905	N GPS		HSC	X					X										X
Gloria Acosta	29326147	3148203413	ENTES		HSC	X					X										X
Hermilda Hernandez	29328061	2160203	N GPS		HSC	X					X										X
Hernan Castro	6207894.	3184173022	N GPS		HSC		X				X										X
Ines Lopez.	24677232	3162475624	N GPS		HSC	X					X										X
Irene. Cifuentes.	29325890	3118537120	N GPS.		HSC	X					X										X

Secretaría de Salud Caldas	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Manizales	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 22/11/24.	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:	Foo Fucativo		HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÒN						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Irene Barraceto	31195371	2164428	N EPS		HSC	X					X										X
Jsaura Marín	29323251	3114285717	N EPS		HSC	X					X										X
Julia Rendon	21460886	3134284009	N EPS		HSC	X					X										X
Laura Jaramillo	29326319	3217913899	Emss		HSC	X					X										X
Tetrela Munoz	29446726.	3217913899	N EPS		HSC	X					X										X
Libia Escobar	29323624	3123889915	N EPS		HSC	X					X										X
Ligia Giraldo	24477157	3215821406	SURA		HSC	X					X										X
Lucero Cano	35458025	3225384677	N EPS		HSC	X					X										X
Lucy Fonseca.	29326373	3136664324	N EPS		HSC	X					X										X
Luz Dary Morales	31186580	3164691391	N EPS		HSC	X					X										X
Luz Maria Valencia.	24484377	3184543291	N EPS		HSC	X					X										X
Luz Mary Ralgoza	29331164	3126109350	Emss		HSC	X					X										X
Luz Nelly Alarcon	29329255	3104741444	Emss		HSC	X					X										X
Margarita Sanchez	29329334	3136784988	N EPS		HSC	X					X										X
Maria Rodas.	30030272.	3234194636	N EPS		HSC	X					X										X
Lucero Castro	29326622	3122070801	SURA		HSC	X					X										X
Adilia de Jesus Correa	21608629.	3178639194	N-EPS.		HSC	X					X										X
Aleyda Manrique	29326165.	3113363074	N-EPS.		HSC	X					X										X
Octaviano fino	6214736.	3113363074	N EPS		HSC		X				X										X
Alvaro Chacon Osorio.	19084323.	3117192690	SURA.		HSC		X				X										X

Alcaldía de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Santander

Código:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 22/11/24. | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE:

HORA INICIO:

HORA DE DETERMINACIÒN:

FACILITADOR: Fdo DUCAHUO

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Faride Jimenez	38947822	3182908629	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Matilde Gutierrez	31460000	2164131	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Patricia Alvarez	24988817	3205159679	SURA		Centro Vida	X					X										X
Fidelina Sabogal	29329732	3184408324	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Blanca Diaz	24409981	3148408562	Comss		Centro Vida	X					X										X
Lubia Delgado	29323287	3225238041	SURA		Centro Vida	X					X										X
Maria Otilia Correa	29325483	3136877229	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Maria Inestrosa	66888637	3128717886	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Gladis Munoz	29332070	3148252729	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Gilma Rosa Zapata	25244878	3027646911	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Luz Dary Villada	29324420	3218137896	SURA		Centro Vida	X					X										X
Maria Rios	66888637	3128817886	S.O.S.		Centro Vida	X					X										X
Luz Mary Arcia Bernal	38987094	3166970270	Comss		Centro Vida	X					X										X
Martha Cecilia Caperte	29332423	3207268949	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Abelardo Cardona	1363633	3148605794	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Alba Ruby García	38550625	3117630641	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Alicia Gallan	29323507	3113637549	NEPS		Centro Vida	X					X										X
Amparo Sierra	29329401	3104148834	SURA		Centro Vida	X					X										X
Angel Andilo	4427470	3184173022	Famoy		Centro Vida	X					X										X
Amobia Penagos	29400051	3173814804	SURA		Centro Vida	X					X										X

Alcaldía de Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander	Còdigo: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA: 22/11/24. LUGAR: MUNICIPIO SEDE: HORA INICIO:

FACILITADOR: Yoo Forcelino HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÓN					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	RROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBIT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Olga Abaunza	31210056	2162918	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Oscar Julio Pineda	6206444	2160044	N EPS		Centro Vida		X				X										X
Rosa Miriam Bolivar	29324945	3228527508	SURA		Centro Vida	X					X										X
Rosalba Polido	29325360	3167349960	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Rosalia Arriollave	38550053	3125809745	Emss		Centro Vida	X					X										X
Rosmira Orozco	29802761	3116272440	Emss		Centro Vida	X					X										X
Suadelida Vargas	24477979	3043276009	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Virgelina Rojas	38941715	3116349913	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Blanca Bolivar	41907268	3162833596	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Rosa Ocella	29331998	3165013050	SURA		Centro Vida	X					X										X
Fabio Grajales	7515257	3122324002	Emss		Centro Vida			X			X										X
Argenis Barragan	24331917	3113756969	Salud Total		Centro Vida	X					X										X
Consuelo Ovalle	29326089	3218217363	SOS		Centro Vida	X					X										X
Martha Gonzales	31387107	3217158889	N. EPS		Centro Vida	X					X										X
Carmen Nuñez	66888119	3104466655	Emss		Centro Vida	X					X										X
Angela Rawlinez	29329185	3053605067	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Sofia Londoño	29326020	3113450783	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Georgina Echeverry	29874433	3117022940	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Marleny Toro	24997032	3104007268	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Joz Amparo Nuñez	66888154	3226770293	N EPS		Centro Vida	X					X										X

Alcaldía de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Santander Anserma

Código:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 22/11/24 | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: Fdo. DUCCIANO | HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÓN						EDAD			
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	RROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Maria Cecilia Valencia.	29327395.	3101905329	N. EPS		Centro Vida	X					X										X
Maria Dely Barragan	29326289.	3112500696	S.O.S		Centro Vida	X					X										X
Manela Sabogal	29325108	3137573343	Emss		Centro Vida	X					X										X
Marielly Naranjo	29326689.	3104040301	Emss		Centro Vida	X					X										X
Marleny Anstrabal	2932 5564.	3148650045	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Martha Niño.	35404627	3108041202	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Mathilde Bautista	29335121	2162997	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Melba Rodas	29329291	3148650045	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Mercedes Cueta.	29326572	3149216818	S.O.S.		Centro Vida	X					X										X
Miriam. Villa	29327056	3213543155	S.O.S.		Centro Vida	X					X										X
Miriam Baena	29327623.	3215286975	Sanidad		Centro Vida	X					X										X
Nancy Abaunza	29326620	3216891309	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Nelly Ruiz	29817039	3146595356	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Nidia Ville	29323959	2164377	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Nidia Velasco.	29664335	3136275317	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Nilsa Correa	29326331	3157867085	Emss		Centro Vida	X					X										X
Nolberto Cifuentes.	6705960	3153729063	Emss		Centro Vida		X				X										X
Nora Enid Velasquez	29326725	3137882257	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Nubia Rivaldo	29327389	3147641419	N EPS		Centro Vida	X					X										X
Ofelia Guevara	29324268.	3168096446.	N EPS		Centro Vida	X					X										X

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	E.S.E. Hospital Santander Avanzamos!	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24 2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD			
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS
Alvaro Lopez	6688807	3117971096	SURA																	
Juan Jose Pabon	1115.126.974	3126866983	Emss	Juan Jose IA.																
Tatiana Arias	1115197985	3234598	N-EPS	Tatiana Arias																
Leidy López	1.115 185 963	310 1449	Ensanar																	
[illegible]	29 320 480	311 368 340	EPS SOS																	
Claudia P Muñoz	66 9 96 726	3203187331	Emss																	
CLAUDIA PATRICIA																				
Martha C. Giraldo S	29328719	3104917290	famoc																	
Blanca Lilia Tolvaga	29 327 321		Nueva E.P.S																	
Luz Stella Londoño	29331517	3137433165	Nueva PS																	
Yenny Viviana Valencia	1115.285.902	3228249867	Emssanar																	
Olga maria torres	24 618 707	3258940664	Emss																	
Jairo Espinosa	6.565.991	312	N EPS																	
Maria Teresa	43784 348	313	EPS																	
Adrian arteaga	70189402	3125560	N. EPS																	
Malia Bibiana	29329102	3127437	N. EPS																	
Shana Marcela Naz	1107527516	3227539825	N EPS																	
Juan Camilo Jama	1113302899	3235068	N EPS																	

Alcaldía de Cali | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Código:	RF-4
Versión:	6
fecha:	OCTU 2

FECHA: | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: | HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA			CONDICION					EDAD		
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	HABITANTES	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 28 AÑOS
Melissa Franco		3161137264	NEPS			X													
Maria del c Ramirez	38756560	3108201942	sisben	Maria del C		X													
carlos A Beltran G	94.287787	3158645530	Emss			X													
Nina Marcela Rodriguez	1115183595	3206635618	No Tiene	Nina Rodriguez															
Mileydi Enriquez	1130667563	3154378792	Emsanar																
Alexis Ramos	1073671743	3108225616	NEPS	Alexis Ram															
José Amalio S	5'909710	No Tiene	salud total																
Wilder Ruiz	16185172	3116733317	asmet Salud	Wilder															
Paula Andrea Rios	24583900	3016024681	asmet Salud	Paula Rios															
Javier Henao	1115190327	NO T.	NEPS	Javier Henao															
Natasha Flores	641759	16106882	NO	Natasha Flores															
Luis Godoy	9773889	3183946681	NO EPS																
Omar Montoya	3525744	NO	NO EPS																
Nora Cadena	29820258	NO	Emsanar	Nora cadena															
Damaris Valencia	29825133148160621		Emsanar	Damaris Valencia															
Jorge Abello	2459811	3185122411	Emsanar	JGE															
Diana Diaz	24813791	3164110514	NEPS	Diana M Diaz G															
Emilio Sanchez	16721656	3127633823	Emsan																
Yenifer Garcia	1115189056320113132		NEPS																
Alexander Zapata	98696791																		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Manzanares	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 10-11-2024.	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: CAICEDONIA	HORA INICIO: 8:00 AM.
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

						SEXO		ETNIA					CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Erikai Fernanda G.	1.115.194.586	323-349-6655	NUEVA EPS	Fernanda Gallego		X													X		
Claudia Yolima Ospina	66961985	3128151767	SURA			X														X	
Mariana Narvaez	1115189410	3104206400	Sanitas	Mariana Narvaez			X													X	
Jhon Eymar Salazar	94230782	3166247109	Sanitas	Jhon Ruiz.		X	X													X	
[illegible] Yuliana Ocampo	1.000.196.999	"	NUEVA EPS	Eivay A G.		X													X		
William Esteban Marin	1.113.301.729.	"	SALUD TOTAL	William Esteban Marin			X												X		
Gloria Bedon	24.470.792	3126765492	NUEVA EPS	Gloria Bedon		X															X
Jorge Bueno	94.963.401	3146511764	POLIZÓN.				X													X	
Luz Marina Cortes	29.332.532	3225293488	NUEVA EPS	Luzmarina Cortés		X														X	
Claria Ortiz	1007196360	3146287391	NUEVA EPS	Lizeth Alix Cortés		X													X		
Pablo Antonio Cortes.	6.216.564.	3132182743	NUEVA EPS.	Pablo Antonio Cortes			X														X
Indira Rubiela Bedoya	29.391.465	3136124047	NUEVA EPS			X															X

Alcaldía de Caleidonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Universitario	Código: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24 2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

						SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD			
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBI	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	
Sandra M. Ramirez	52787038	3167390658	Emss.	xSandra Ramirez																	
Martha tatiana Agudelo	24989872.	3157816045	NE PS.	Martha tatiana																	
Diego Alvarez	1115189573		Sisbe	xDiego Alvarez																	
Jaime Romero	94463524		NE Ps	xJaime Romero																	
Duber Osorio.	70082776		Emss	xDuber Osorio																	
José Luis Posada	94.467.347	3148167971	Emss	xJose W. Posada																	
cecilia Acevedo	24389803	3113808185	Emss	xCecilia Acevedo G.																	
Isadoro Pire.				xIsidoro Tirado																	

Gobernación del Cesar / Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO		Código: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 o mas AÑOS	
Yilena Lemus	66963447		N EPS	Dora Yilena Lemus.		X													X			
Yulia Diaz	66888569		Ensana	Yulia Diaz			X												X			
Dora Gimenez	66835520		N EPS	No.			X															Dora Gimenez
Pedro Bustillo	94386167		N EPS	Pedro B.			X															
Amado Torres	3561885			No sabe.			X															
Yuly Jimeno Toro	66974719	3132207003	compenso	Yuli J Toro		X																Lina Tabares
Lina Tabares	1113303756	3234399899	Emss.	X Lina Tabares																		
Luis Morales	94.66657	3117356662	Emss	X Luis Morales			X															
Faunier Ariza	94462406	3167832463	Em ss	X																		
Antonio Rivera	94.3929164	3205323682	Emss	X Antonio		X																
Jhan Daiyo Martinez	1115782098	3003764831	Emss	X																		
Eli Carvajal	3480659	3127759855	sanita	X Eli Carvajal																		
Mambrey Llanos	94463276	3174397816	N.E.P.S.	X																		
Johana Carolina Carda	66.964.763	3158793419	N.E.P.S	X																		
José Javier Ramirez	7970B373	3103760028	Sanidad	X																		
Cesar Olaya	94257294	3246157988	Emsc	X																		
Diana Cardino Nieto	1094970489	3206332663	N E.P.S	X Diana Carolina N b																		
Andrés Filipe	1115796999		N E.P.S	X																		
Inés Osorio	42077852		N E P S	X Inés Osorio																		
Maria Arteaga	41930436	3247814355	Emss	X MARIA																		

Gobernación del Cesar / Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO		Código: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADOS	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0 - 12 AÑOS	EDAD: 13 - 17 AÑOS	EDAD: 18 - 29 AÑOS	EDAD: 30 - 59 AÑOS	EDAD: 60 y mas AÑOS
Yilena Lemus	66963447		N Sob EPS	Dora Yilena Lemus.		X													X		
Yulia Diaz	66888569		Ensana	Yulia Diaz			X												X		
Dora Gimenez	66835520		N EPS	No.			X	Dora Gimenez													
Pedro Bonitico	94386167		N EPS	Pedro B. T				X													
Amado Torres	3561885			No sabe.				X													
Yuly Jimeno Toro	66974719	3132207003	compenso	Yuli J Toro			X	Lina Tabares													
Lina Tabares	1113303756	3234399899	Emss.	X Lina Tabares																	
Luis Morales	94.66657	3117356662	Emss	X Luis Morales				X													
Faunier Ariza	94462406	3167832463	Emss	X																	
Antonio Rivera	94.3929164	3205323682	Emss	X Antonio				X													
Jhan Daiyo Martinez	1115782098	3003764831	Emss	X																	
Eli Carvajal	3480659	3127759855	sanitas	X Eli Carvajal																	
Mambrey Llanos	94463276	3174397816	N.E.P.S.	X																	
Johana Carolina Carda	66.964.763	3158793419	N.E.P.S	X																	
José Javier Ramirez	7970B373	3103760028	Sanidad	X																	
Cesar Olaya	94257294	3246157988	Emsc	X																	
Diana Cardino Nieto	1094970484	3206332663	N.E.P.S	X Diana Carolina N b																	
Andrés Filipe	1115796999		N.E.P.S	X																	
Inés Osorio	42077852		NEPS	X Inés Osorio																	
Maria Arteaga	41950436	3247814355	Emss	X MARIA																	

Alcaldía Municipal de Caicedonia / Secretaria de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander Avanzamos!	Còdigo:	130-04.1
			versiòn:	002
			fecha:	

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

				SEXO		ETNIA					CONDICION						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Manuel Costa	6210213	3218183173	Sura	Manuel C.			X				X										X
Maria I. Mejia	1112301681	3147041910	Nepo			X					X									X	
Jose Emel Tapon	5251896	3104250048	Neps				X				X										X
Blanca Mejia	29756081	3147632418	Neps			X					X									X	
Arnoldo Marin	6455803	3104428464	Neps				X				X									X	
Lina Marcela Pineda	1097396281	3147352842	Neps			X					X										X
Jesus Antonio A.	94114619 89	3145948528	Emss				X				X									X	
Jhoana Castrillon	1115192533	3215032877	Emss			X					X										X
Enrique Ramirez	16342164	? —	Emss				X				X										X
Maria Cielo Soto	29330264	3215030877	Neps			X					X									X	
Jose Ricardo Perez	1115946036	3234192119	Emss				X				X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia Secretaría de Salud Alcaldía Municipal de Caicedonia	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	E.S.E Hospital Santander Avanzamos!	Còdigo:	130-04.1
			versiòn:	002
			fecha:	

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

						SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÌGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Leonardo A Cifuentes	94462465	3128752514	Sura	LeonardoC			X				X									X	
Ana S. Idarraga	66888315	3104754100	EMSS	ANA S.		X					X									X	
Gloria Ecy Ibarra	24675627	3168410516	Sura	GloriaE		X					X										X
Maria N. Suarez	66963108	3233504116	EMSS			X					X									X	
Angela C. Manso	1115186060	3128822033	S. total	angela C.M		X					X									X	
Gloria Mercedes G	66962755	3207188160	EMSS	Gloriallerc		X					X										X
Luis E. Garzon	94256076	3135533146	EMSS	Luis E.			X				X										X
Jesus H. Manso	6455429	3128822033	EMSS	Jesus H.			X				X									X	
Cristian C. Silva	1006373577	3207188160	Neps	cristian			X				X										X
Karen. Silva Valle	1115183389	3213418818	Neps	Karen Silva		X					X										X
Eudely Flores.	31460052	3145266978	Sura	Eudely flo		X					X										X

Alcaldía Municipal de Caicedonia · Secretaría de Salud · Alcaldía Municipal de Caicedonia	**PROCESO: GESTIÒN EN SALUD** **SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN** **REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO**	E.S.E. Hospital Santander Avanzamos	Còdigo:	130-04.1
			versiòn:	002
			fecha:	

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

						SEXO		ETNIA					CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	**No CEDULA**	**TELEFONO**	**EPS**	**FIRMA**	**ENTIDAD**	FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Luis Carlos Aguilar	6210088	3105446259	Sura	Luis Carlos			X				X										X
Ana Rubiela Arboleda	29328566	3226778066	Emso	Ana Rubiela		X					X										X
Ana Delia Hernandez	38555014	3016100875	Nepo	Anadelia		X					X									X	
Jhon A. Sanchez	1094040684	3134498776	Nepo	Jhon			X				X								X		
Maria C. Valencia	41905838	3206415750	Nepo	Maria		X					X									X	
Jesus Maria Aguirre	16202633	11	Nepo		Jesusdla		X				X										X
Paola Andrea Aguirre	66962309	3103761411	Emso	Paola A		X					X									X	
Nicol Narvaez A	1115186242	3143633130	Emso		Nicol Narvaez	X					X									X	
Luz Helena Velez	60290156	3124988729	Neps		Luz Elena	X					X										X
Maria Doris Quiceno	29328547	3104178400	Emso			X					X										X
Mery Castaño Vara	1115147727	3147629454	Sura		Periesta	X					X									X	

Alcaldía de Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander	Còdigo:	RF-40-2024
			versiòn:	003
			fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 20-11-24.	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: CAICEDONIA	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Yinneth Lopez Mejia	1.115.709.729	3105482376					X														X	
Yessy A. Rojas Giraldo	1.115.123.837	3279283773					X														X	
Laura Vanegas	1.036.615.819	3169630432					X														X	
Ocd Lucia Diaz Buitrago	29.330.908	3105169738					X														X	
Idaly Mejia B.	66.962.033	3135790807					X														X	
Hilda Londoño	66.964.308	3015339643					X														X	
Dora Mejia Lopez	66.963.553	3116779798					X														X	
Yuliana Mejia Rodriguez	1.112.839.2993	3223249889					X														X	
Dora Vanegas Sanchez	66.969.117	3146970805					X														X	
Yuliana Bedoya B.	1.116.488.997	3116294913					X														X	
Mayerly Bonilla	- - - -	3147983528					X											X				

Caiced nia Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN N SALU
SUBPROCESO: GE TIÓN D COMUN CACIÓN INFORM ACIÓN
REGISTRO A ISTENCI . EXTER IO

Hospital Santander

Código: RF-40-20
Versión: 003
Fecha: CTUBRE 4- 2024

FECHA: 30/11/24. LUGAR: MUNICIPIO S DE:

FACILITADOR: Conmemoración Día Mundial VIH. Jumanji Fiesta

HORA INICIO
HORA DE TERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	MASCULINO	ETNIA: AFRO	INDIGENA	OTRO	CONDICIÓN: MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	EDAD: 0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Edwin Heines	3.616.329	-0-0-	Famisanar	Edwin Heines																
Wilder Medina	7.774.746	3114019423	Nueva EPS	Andres Morales																
Marica Hurtado Solano	1.093.111.359		Nueva EPS	Ingrid Jamilex																
Luis Eder Mosquera	94.212.728	3174303137	Famisanar	Luis Eder Mosquera																
Giovanny Mosquera	94.342.444	3127111497	Nueva EPS																	
Olmedo Mosquera	99250938	3205087646	Nueva EPS																	
Henry Hernandez	2471269	3	Nuevas EPS	Henry Hernandez																
Yonel Alcosser Roman	1097405967	3	Nuevas EPS	Yonel Alcosser																
Miguel Angel Lopez	6.213.232	Sin Dato	Nueva EPS	Miguel																
Luis Eduardo Cano Ojeda	99.391.709	Sin Dato	Nueva EPS	No firmo																
Angie Victoria Bonilla	Sin Dato	Sin Dato	Famisanar	Carolina																
Luis Fernando Mosquera	2705419	Sin Dato	Sin Dato	Luis																
Eduardo Ortiz	1711944912	Sin Dato	3136181704	Eduardo																
Antonio Montaño	1.111.795.410	3187763110	Famisanar	Nayibe																
Luis Alberto Correa	1.637.0077	Sin Dato	Famisanar	No firmo																
Edwar Cortes	626768	Sin Dato	Famisanar	Edwar																
Hernando Ocoro Hurtado	98633904	Sin Dato	Nueva EPS	Hernando																
Isidro Montaño	10.255.167	Sin Dato	Sin Dato	Isidro																
Jose Rodolfo	911.210.116	3118573610	Famisanar	Jose																
Jovani Ocoro	911.462.119	3111493640	Nueva EPS																	

Alcaldía de Caicedonia	Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	E.S.E. Hospital Santander	Còdigo:	RF-40-2024
				versiòn:	003
				fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE DETERMINACIÒN:

							SEXO		ETNIA				CONDICIÓN						EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Yury Viviana Perez	1115182661	3127824430	Nueva EPS		Sec. salud		X														X	
[illegible]	1.77[illegible].932	3174139703	Nueva EPS	[illegible]			X													X	X	
Robinson Sanchez.	94.764.351	3145924975	N. EPS	Robinson S.	Sec. Edu			X				X									X	
Rosa Elena Samuel	91 940 403	— o —	N EPS	Huella			X															
Jhon Sanchez M	94 963 972	3117369708	SURA		Salud			X													X	
Dubeiney Hiel	6.154.677	3105411716	Emssanar	—				X														X
Yefer Manuel Vasq	99 213. 711	3217980469	Famisanar	No firmo.																		
Hidalmis Rodriguez	106.461.213	— o —	Famisar.	Hidalmis Rodriguez																		
Yhendy Fernanda	1117511891 PT		NO tiene	Yhendy F.G																		
Juis Polanco	1106760577		No tiene	Juis Polanco																		
Jose Felipe Mena	91.316.716	313-833062	Nueva EPS	[illegible]																		
Luisa Fernanda Giraldo																						
Emily Gaviria	1.059621113	— o — o —	famisar	CATalogiras																		
Yenny Diaz Rios	9.188.104	3136473132	Dir Bus	Carlos R. C																		
Ricardo Diazgranados	27.447939	3234110194	Famisanar.																			
Jhon Rincon.	94 961.360	— o — o	No tiene	NO firmo																		
Yeison Ramiro Tuiro	6.201.403	3134161089	Famisar																			
Monica Soto	1.114.791.349	3218913104	Nueva EPS	Maricel Cano																		
Jhon Lino	76.721.5993	3103346132	Famisar	Dora Licia																		
Diana Valencia	6.777.369	3206128[illegible]	Nueva EPS	Albaly V																		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÒN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN
REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO

Hospital Santander Avanzamos

Còdigo:	RF-40-2024
versiòn:	003
fecha:	OCTUBRE 24-2024

FECHA: 29-11-24. | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia. | HORA INICIO:

FACILITADOR: Comandancia Día Mundial VIH y Jornada Nacional | HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MACULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA		0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	
Francisco Eduardo	16243001	3113526 8897	emssanar	Francisco Eduardo			X				X											X
Leonardo Sánchez	16208971	no tiene	nueva EPS	Leonardo Sánchez			X				X											X
Nancy Aguilar Muñoz	29329521	3105986233	N. EPS	Nancy Aguilar		X					X											X
Nora Gonzalez	66979866	3114065796	N. EPS	Nora Gonzalez.		X															X	
Nubia Peña	29332767	3217041063	Emssanar	Nubia Pena		X															1	
Bernardo Cardona	4497043	3125949771	N. EPS	Bernardo C.																		X
Liliana Vargas Q	66888040	3226755262	N. EPS	Liliana vargas																	X	
Samuel Valencia Parra	1115189647	3185701641	N. EPS	Samuel			X						X								X	
Claudia Lucia [illegible]	38554849	3234568341	EPS	Claudia		X						X									X	
Elsabario Marín	94253483	3223741941	Emssanar	Elsabario M.			X															
Elisaul Palmal	17940374	NO	N. EPS	No Firma			X		X												X	
Aleida Merchan	41611500	3158261222	Fomag	Aleida Merchan		X																X
Faride Meza	29329550	3503756103	Emssanar	Faride Meza		X																X
Cristian Castaño	1007.548.356	3164435510	Emssanar	Cristian Castaño			X						X							X		
Nora Ines Gallego	66803043	3226138983	N. EPS	Nora Ines Gallego		X															X	
Yeismy Lorena Ruiz	1072747246	3219679188	N. EPS	Yeismy Lorena Ruiz		X																
Martha Cecilia Rodriguez	29332354	51971388	N. EPS	Martha		X													X		X	
Marlon David Arboleda	1115188449	3162521078	Emssanar	Marlon David			X												X			
Jose Norbey Cardona	←	1054993593	N. EPS	No Firma																X		
Juan Pablo Parra Loaiza	1115195245	3235953693	N. EPS	J. P.			X												X			

Alcaldía de Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Sagrado Corazón	Còdigo: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA: 30/11/24. LUGAR: MUNICIPIO SEDE: HORA INICIO:

FACILITADOR: Conmemoración Día mundial VIH. y Jornada Pedagógica HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÓN						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Luz Elena Giraldo		3147867075	Emssanar	Luz elena giraldo																X	
Juan de Jesus londoño	6128546		Emssanar																	X	
Oswaldo Olave	4641841	3178572026	Emssanar																	X	
Mario Leandro	1115184177	3117681485	NEP																	X	
Jose anibal peña	94253703	3105447304	N-EPS																	X	
Luis convenido valencia	7517339	3024581718	N-EPS																	X	
Luisa fernanda cano	1115189318	3053059345	N EPS	Luisa fernanda																X	
Manuel dionisio cruz	11705842	3053089745	emsanar	Manuel dionisio																X	
Paola andrea perez	1115188218	3105446718	N. EPS	Paola Perez																X	
Miguel Angel suarez	4341231	NO	N. EPS																	X	
Miguel Angel Isaza	6210026	3213211036	N. EPS																	X	
Hilario Londoño	6480349	3182882136	N. EPS																X		
Filberto Gomez Gaviria	6480362	3109198869	N SPS																	X	
[illegible]	1.793.777606	3127070114	N. EPS																		

Alcaldía de Caicedonia Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÒN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÒN DE COMUNICACIÒN E INFORMACIÒN REGISTRO ASISTENCIAL EXTERNO	Hospital Santander de Caicedonia	Código: RF-40-2024 versiòn: 003 fecha: OCTUBRE 24-2024

FECHA: 30/11/24 | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: Conmemoración DE MUJER, VIH. Y Inmunización | HORA DE DETERMINACIÒN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICIÓN					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Maria Lili Loaiza	29326969	3113192189	N. EPS		Leiva	X															X
Orlando Arevalo	4524121	3134031905	SURA				X													X	
Jose Florez	94251970	3017774354	Policia				X													X	
Yhonny Montiel	1129506896	NO	N. EPS				X													X	
Victor Ramirez	6207829	3216531657	N. EPS				X														X
Henry Alberto Berrio	1094906222	3145746439	N. EPS				X													X	
Jhon Adizon Sierra	94386392	3174169619	SURA				X													X	

1 N

Hospital Santanrier HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 18 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Yelson Diomedes Herrera Toro

Identificación: 1115185271.

II. INFORMACIÓN

Yo Yelson Diomedes Herrera, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

2 N

Hospital Santander / Salud	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 18 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhoan sebastian Gutierrez Cruz

Identificación: 1117348183

II. INFORMACIÓN

Yo Jhoan sebastian Gutierrez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X JHOAN
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

Profesional
07311
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

3 N

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2019

Fecha: 18-11-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhon Alejandro Escobar Arango

Identificación: 1151837712

II. INFORMACIÓN

Yo Jhon Alejandro Escobar, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

I PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; **La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s),** señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que, se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería
Enfermero Profesional
R.I.N. 091511

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

4 N

Hospital Santander (Categoría Valle)	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 18 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Misael Muñoz Saldarriaga

Identificación: 94252825.

II. INFORMACIÓN

Yo Misael Muñoz Saldarriaga, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

5 N

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 18-11-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Camilo Beduya López

Identificación: 1005093602

II. INFORMACIÓN

Yo Camilo Beduya López, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLGLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2019

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

Enfermera Profesional
R.U.N. 8731

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

0134

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

6 N

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 18-11-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Nestor Diego Galvez lopez

Identificación: 18385397

II. INFORMACIÓN

Yo Nestor Diego Galvez L., mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Diego Lopez
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

Enfermera Profesional
R.I.N. 07347
01311
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

- El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

7 N

Hospital Santander — HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2019

Fecha: 18-11-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Darwin Steven Garcia Gallego

Identificación: 1006372605

II. INFORMACIÓN

Yo Darwin Steven Garcia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera express, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Sí autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) prueba(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

xsteven6
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

Alexander Arenas
Enfermero profesional
R.I.N. 01311
_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería 91211

DOCUMENTO CONTROLADO

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

OCTUBRE 24 2024

HORA INICIO:

HORA DE DETERMINACIÓN:

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADOS	VICTIMA	0 - 12 AÑOS	13 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jose Manuel Marin	94461748			JOSE MANUEL			x				x									x	
Maria del Carmen Martinez	66961186			[illegible]		x					x									x	
Francisco Javier Morales	94253708			Francisco morales			x				x									x	
Cesar Julio Flores	10192010			Cesar Julio			x				x									x	
Alvaro Gonzales	9403004			[illegible]			x				x									x	
Nolberto Molina	94464850			Nolberto			x				x									x	
Claudia lorena Roso	115182292			Claudia Lorena		x					x									x	
Edison Quiroga	94464100			Edilson			x				x									x	
Hugo Valencia	6207479			Hugo Erna Valencia			x				x									x	
Valentina Zuluaga	1007599450			Valentina Zuluaga		x					x									x	
Juan Valencia Gomez	6208470			Juan Valencia			x				x									x	
Diego Alberto Pelaez	94380010			Diego P			x				x									x	
Jorge Juan Pelaez	94386011			Jorge P			x				x									x	
[illegible] Pelaez	66961763			[illegible]		x					x									x	
Jose Alfredo [illegible]	9937774			Jose Alfredo A			x				x									x	
Jorge Ramiro [illegible]	[illegible]			Jose Ramiro			x				x									x	
Juan Carlos [illegible]	[illegible]			Juan Carlos			x				x									x	
Juan Esteban [illegible]	[illegible]			Juan Esteban			x				x									x	
Bertha [illegible]	[illegible]			[illegible]		x					x									x	
Carlos Alberto [illegible]	[illegible]			Carlos Alberto [illegible]			x				x									x	

VIH.
30.

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
REGISTRO ASISTENCIAL ESTÁNDAR

CÓDIGO	RE-AG-2024
VERSIÓN	003
FECHA	OCTUBRE 14-2024

FECHA: | LUGAR: | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

SOLICITADO POR: | HORA DE DETERMINACIÓN:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	CONSENTIMIENTO	CONDICIÓN							EPAS	
							GESTACIÓN			PUERPERIO					
							SEMANAS	MES	AÑO	SEMANAS	MES	AÑO	OTRA	18 A 59 AÑOS	60 AÑOS Y MÁS
Julio Cesar Martinez	70250297											X			X
Ivon Mariela Moreno	29330012					X						X			X
Otoniel Quitian Roa	6207185											X			X
Rodrigo Hernando Lopez	94258648											X			X
Maria Rosalba Muñoz	29329078					X									X
Wimston Estrada	1088271516											X			X
Diego Orlando Moreno	1010039111											X			X
Ramon Elias Soto	6213111											X			X
Cristian Castaño Escobar	1007598385											X			X
Maycol Baena Zapata	1115191479											X			X

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 30 / Noviembre 2021 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Cristian Gustavo Escobar.

Identificación: 1007549396.

II. INFORMACIÓN

Yo Cristian Gustavo, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

CC 155
1169643600

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; **La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s),** señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X Cristian Castaño
Firma del Paciente
C.C. 1.007-598.386

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 30 Noviembre 2019 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Maycol Alejandro Baena Zapata.

Identificación: 1115191479

II. INFORMACIÓN

Yo Maycol Alejandro Baena, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA ^ CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

N EPS.
3024505551

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 1115191479

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2018

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: José Manuel Marín Grajales

Identificación: 91461748

II. INFORMACIÓN

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria ✓

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo____K____; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente JOSE MANUEL
C.C. 94461748

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

Maranda Gonsalve G.
Enfermera Profesional
RM 07311

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2018

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: María del Carmen Martínez

Identificación: 66961186

II. INFORMACIÓN

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA V CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria V

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo___X___; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 88961126

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico
Enfermera Profesional
CRUN 07311

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería
Profesional

DOCUMENTO CONTROLADO

** El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2018

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Francisco Javier Morales Alvarez.

Identificación: 94253708

II. INFORMACIÓN

Yo x Francisco Javier Morales., mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA x CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria x

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2019

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Francisco Morales
Firma del Paciente
C.C. 91253708

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

Yeraldy Monsalve
Enfermera Profesional
C.C. 1193407344

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Francisco Javier Morales Alvarez

Identificación: 94253708

II. INFORMACIÓN

Yo x Francisco Javier Morales, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA x CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral x
Embarazo
Solicitud Voluntaria x

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2015

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; **La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s).** señaladas en el presente documento.

Francisco Morales
Firma del Paciente
C.C. 91253708

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

Yaneth Mendoza Monsalve
Enfermera Profesional
RPN 1407214

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santanrfer	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Cesar Julio Florez

Identificación: 10197010

II. INFORMACIÓN

Yo Cesar Julio Florez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	SLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2015

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo ✓ ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Cesar Julio
Firma del Paciente
C.C. 1019210 10

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

Alexandra Monsalve G.
Enfermera Profesional
RAS N. 07311

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Alvaro Gonzalez.

Identificación: 9403004.

II. INFORMACIÓN

Yo Alvaro Gonzalez., mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 91030004

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

legalizar

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2018

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Nolberto Molina.

Identificación: 94464850.

II. INFORMACIÓN

Yo Nolberto Molina, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA / CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral /
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo ; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 94464850

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-20 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Claudia Teresa Rosa García

Identificación: 1115182292

II. INFORMACIÓN

Yo Claudia Lorena Rosa García, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Claudia Lorena

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

Enfermera Profesional
T.P. 07311
CPSU

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Edison Quiroga Calderon

Identificación: 94464100

II. INFORMACIÓN

Yo Edison Quiroga Calderón, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

Tarjeta Profesional
07311

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Empresa Social del Estado Entendemos tu Salud HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-20 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Hugo Valencia

Identificación: 6207479

II. INFORMACIÓN

Yo Hugo Valencia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA _____ CONFIRMATORIA X

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santandier / HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Valentina Zuluaga Soto

Identificación: 1007598130

II. INFORMACIÓN

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA _____ CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria _____

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Valentina Zuluaga J.
Firma del Paciente
C.C. 1007598450

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 20-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Juan Valencia Gomez

Identificación: 6208970

II. INFORMACIÓN

Yo Juan Valencia Gomez., mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA Y CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral ✓
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria ✓

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____ ; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Pegatina

Hospital Santander Bucaramanga Floridablanca Girón Piedecuesta	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 29-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Diego Alberto Pelaez Caimona

Identificación: 94386010

II. INFORMACIÓN

Yo Diego Alberto Pelaez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Realizado Yc.

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X; No autorizo_____; **La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s),** señaladas en el presente documento.

+Diego P
Firma del Paciente
C.C. 94386010

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firmado profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

** El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

#8

Hospital Santander Colombia / Chile HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-21 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jorge Ivan Pelaez Camargo.

Identificación: 94386011

II. INFORMACIÓN

Yo Jorge Juan Pelaez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C. 94386011

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

** El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Bucaramanga / Vasco — HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Eliana Andrea Pelaez

Identificación: 66961763

II. INFORMACIÓN

Yo Eliana Andrea Pelaez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo V ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C. 66961763-

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jose. Alfredo Arenas leon.

Identificación: 9732774.

II. INFORMACIÓN

Yo Jose Alfredo Arenas, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA ✓ CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral ✓
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria ✓

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-20 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jose Romero Garcia

Identificación: 94751892.

II. INFORMACIÓN

Yo Jose Romero Garcia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Sugerencia cuida

Firma del Paciente
C.C. 94257899

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Juan Carlos Castañeda Campiño

Identificación: 18420539

II. INFORMACIÓN

Yo Juan Carlos Castañeda, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

X

PRESUNTIVA CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Juan carlos C

Firma del Paciente
C.C. x 1Pu20533f

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma de profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Juan. Esteban Viveros.

Identificación: 0491340

II. INFORMACIÓN

Yo Juan Esteban Viveros, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 6491340

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-20 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Bertha Cecilia Ramos.

Identificación: 29831510.

II. INFORMACIÓN

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral ✓
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria ✓

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C. 29331510

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Carlos Alberto Figueroa.

Identificación: 10279669.

II. INFORMACIÓN

Yo Carlos Alberto Figuero, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral X
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Carlos Alberto F.H

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

** El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha 20 - 11 - 24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Julio Cesar Martinez.

Identificación: 70250297

II. INFORMACIÓN

Yo Julio Cesar Martinez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clinicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C. 1071 [illegible]

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Entregando Vida / Exito HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Luz Mariela Moreno Lopez

Identificación: 29330012

II. INFORMACIÓN

Yo Luz Mariela Moreno Lopez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Cuidando la vida HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s). señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

xmariela.
Firma del Paciente
C.C. 1093309012

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo ✓; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente C.C.	HUELLA DEL PACIENTE	Firma del acudiente o testigo C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Rodrigo Hernando lopez Andrade

Identificación: 94251848.

II. INFORMACIÓN

Yo Rodrigo Hernando lopez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

+Rodrigo

Firma del Paciente
C.C. 94257814

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2015

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: María Rosalba Muñoz.

Identificación: 29329075

II. INFORMACIÓN

Yo María Rosalba Muñoz, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s). señaladas en el presente documento.

a Rodriguez Ortiz

Firma del Paciente
C.C. 39.329.45

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

- El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realizacion de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28-11-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Winston Estrada

Identificación: 1098271516

II. INFORMACION

Yo Winston Estrada, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santanrier HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2015

Fecha: 28 - 11 - 24 DD MM AA

I. IDENTIFICACION

Nombre del paciente: Diego Orlando Moreno Parada

Identificación: 1010039111.

II. INFORMACIÓN

Yo Diego Orlando Moreno, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLGLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Diego Orlando
Firma del Paciente
C.C. 1010039111

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

C.C.
Firma del médico

C.C.
Asistente del médico

C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

** El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 28 - 11 - 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACION

Nombre del paciente: Ramon Elias Soto

Identificación: 6213111

II. INFORMACIÓN

Yo _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA V CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria V

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

RAMON ELIAS SOTO
Firma del Paciente
C.C. 6213111

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA