CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Marleth Morelo Morelo Identificado con 1.131.992.861 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-10-2024

Firma del paciente o representante: Marleth Morelo

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Mayorga

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Marleth Morelo H.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-10-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: #3 **Numero de Microterritorio:** Peñon

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Mariclett Morelo Mareo

Documento de identidad Nº 1.131.992.861 **Fecha de nacimiento:** 07-24-2003

Edad: 21 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda Peñon

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N. EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-10 2024	Roxana Hoyos Ramos	Mariclett Morelo
Prueba Rápida			
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	/		

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Maria Alejandra M, Identificado con 1072780241 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-10-2024

Firma del paciente o representante: Maria Morelo

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos Ramos

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Maria A. Morales

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 10-15-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: #3 **Numero de Microterritorio:** Peñon

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Maria Alejandra morales

Documento de identidad Nº 1072782241 **Fecha de nacimiento:** 08-08-1993

Edad: 31 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Poblacion general

Dirección: Vereda Peñon

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N. eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-10	Roxana Mayorianes	
Prueba Rápida	2024		
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arón	María morales

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1.

	ACTA DE CONCERTACIÓN **CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N.° SS-021-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 01 del mes Noviembre del año 2024 se reunieron Roxana Hoyallanes representante de la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN y Elis manuel Sarmiento representante de Base comunitaria de la zona Rural del municipio de San Antero, Córdoba, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios No SS-021-2024 celebrado entre la Ese Camu Iris López Duran y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada de 20 Personas en el ciclo de vida Juventud, adultez y vejez para realizar charla sobre derecho Sexuales y Reproductivos toma de muestras rapida para la detección del VIH	Promocion de derechos Sexuales y reproductivo equidad de genero Promocion y atencion integral del SSR	15 De Noviembre	Condones Guardia Guantes lancetas Pruebas rapidas VIH Rotafolio	Enfermera Jefe.	Ninguna

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Elis manuel Sarmiento	Nombre:	Roxana Hoyallanes
Cedula de ciudadanía:	15 025 977	Cedula de ciudadanía:	1001977100
Entidad:	Presidente	Entidad:	ESE camu iris
Numero de contacto	3135435847	Numero de contacto	3103477945
Firma:		Firma:	Roxana H. H.

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Salon Comunal	Hora de Inicio: 7:00 am
Fecha 15 de diciembre	Hora de Finalización: 9:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Jornada de 20 personas para charla de derechos Sexuales y reproductivos (Orientacion, Planificacion familiar cuidados en el embarazo) Toma de pruebas rapidas de VIH.

Desarrollo de la Reunión

Se Inicia la actividad con una breve explicacion del Tema y la razon de ser del proyecto, se logra un minimo de 20 personas en los ciclos de edad Juventud ciclo 47 y vejez, los ciclos con ayuda de un rotatolio diseñado de manera grafica con los temas se explica y se avanza en la jornada la cual los participantes se muestran abiertos y colaboradores luego se procede hacer pruebas rapidas de VIH. a algunas personas de la charla y en el resto de la Comunidad se realizaron 26 pruebas VIH

Conclusiones

Se logra concluir la actividad de manera exitosa, con apoyo de la Comunidad.

Recomendaciones

Seguir fortaleciendo estos Temas de manera Constante y dinamica

Responsables de la Actividad

Enfermera jefe

Roxana Mo Gallones.

REGISTRÓ FOTOGRÁFICO ZONA RURAL – PUNTA BOLIVAR





REGISTRÓ FOTOGRÁFICO ZONA RURAL – PUNTA BOLIVAR



IRIS LOPEZ DURAN CIENCIA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL TRABAJO E.S.E. CAMU	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: promocion de derechos sexuales y reproductivo y equidad de genero prevencion y atencion integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Charla de derechos sexuales y reproductivo

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	merotamiento 2 punta Lucia	ZONA:	rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Linda Vanessa M G	cc	1072530566		27	F									x	x			x				x		Linda V moreno G
2	catia Sulima padilla	cc	1072241899		36	F									x	x			x				x		Catia Sulima P
3	Elvia Ladeth Figueroa	cc	1073788556		26	M									x	x			x				x		Elvia Ladeth
4	Luisa F. Diaz Ladeth	cc	1072532007		24	F									x	x			x				x		Luisa F Diaz L
5	Dalia Espitia Cuces	cc	39426071		42	F									x	x			x				x		Dalia Espitia G
6	Henry Diaz Bertran	cc	15619130		50	M									x	x			x				x		Henry Díaz B
7	Wilian Deans monterroza	cc	15621540		34	M									x	x			x				x		Wilian Deans
8	Francisco Arroyo A	cc	1072522175		39	M									x	x			x				x		Francisco A
9	Thon Jairo ricardo	cc	1073788556		26	M									x	x			x				x		Thon Jairo

	FORMATO DE ASISTENCIA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Promocion de derechos Sexuales y Reproductivos y equidad de genero Prevencion y atencion Integral en SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Charlas de derechos sexuales y Reproductivos VIH

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Microterritorio #2 Puntabolivar	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Anaellys espitia B	CC	1083788596	3217656620	18	F									X	X				X			X		ANAELLYS ESPITIA
2	Jorge Fernando Guerra	CC	1063143582	3147886024	19	M									X	X				X			X		Jorge Fernando
3	Randy Jose Gonzalez	CC	1072524910	3147115620	22	M									X	X				X			X		Randy Gonzalez
4	Deglis Garcia M	CC	50987714	3117178010	45	F									X	X				X			X		Deglis Garcia
5	Martin Elias Garces	CC	1072529766	3241131894	37	M									X	X				X			X		Martin Elias
6	Ismael laduth	CC	1005655924	3247156504	22	M									X	X				X			X		Ismael laduth
7	Maria del carmen Madrigal	CC	1073768629	31788697O	19	F									X	X				X			X		Maria del Carmen
8	Angela Banqueth	CC	1073768829	31788697O	18	F									X	X				X			X		Angela banqueth
9	Mayelis cardenas	CC	50987714	3117178010	45	F									X	X				X			X		Mayelis Cardenas

IRIS LÓPEZ DURÁN CIENCIA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL TRABAJO E.S.E. CAMU	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

DIMENSIÓN: promocion derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero prevencion y atencion integral del SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: charlas de derechos sexuales y reproductivos VIH

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	micro territorio #2 punto bolivar	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yusira Arroyo G	CC	1072527680	3006671203	32	F									+	+			+			+	+		Yusira Arroyo
2	ramon correa M	CC	15[illegible]689	3174223288	48	M									+	+				+			+		Ramon correa
3	Verbys Pimienta	CC	50987570	3147213288	43	M									+	+				+			+		Verbys Pimienta
4	Dairo I Tapia	CC	15621229	3012836910	42	M									+	+			+			+	+		Dairo Tapia
5	Aldemar Ramos	CC	82330700	3147246113	51	M									+	+				+			+		Aldemar Ramos
6	ana massa morelo	CC	32826480	3018094581	40	F									+	+				+			+		Ana massa
7	Jorge lopez D	CC	9073491	3001592461	62	M									+	+				+			+		Jorge lopez
8	Abel castellano P	CC	15617391	3247153186	43	M									+	+				+			+		Abel castellano
9	Dunia Zurita T	CC	50987706	3058924683	39	F									+	+			+			+	/		Dunia Zurita

	FORMATO DE ASISTENCIA	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-021-2024	

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Anaellis Espitia., Identificado con 1073.788.516 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el ViH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Anaellis Espitia

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos Llanos

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Anaellis espitia.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Anaellis espitia.

Documento de identidad Nº 1073788516 **Fecha de nacimiento:** 22-08-2006

Edad: 18 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda Punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.SER

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Magallanes	Anaellis espitia
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Bmol	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Jorge fernando Guerra., Identificado con 1063114358 2 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 13-11-2024

Firma del paciente o representante: Jorge fernando Guerra

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Mayorga

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Jorge fernando Guerra.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anta

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Jorge fernando Guerra

Documento de identidad Nº 1063114358 **Fecha de nacimiento:** 22-04-2005

Edad: 19 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** Jovenes

Dirección: Vereda Puntalarga

Asegurado al sistema de salud SI: (X) NO: ( )

Régimen: Contributivo: ( ) Subsidiado: (X) Especial: ( ) **EPS:** M.S.I

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Hinojosa	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arias	Jorge Guerra

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva: ( )** **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Randy J. Gonzalez, Identificado con 1078524912. Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el ViH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Randy Gonzalez

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Paulina Hernandez

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Randy J Gonzalez

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Anto.

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Randy Jose Pomales.

Documento de identidad Nº 1078524910 **Fecha de nacimiento:** 05-07-2003

Edad: 22 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda Puntabolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana Hernandez	Randy Gonzalez
Prueba Rápida	2024		
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	DAU.	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Diglis Garcia Mo., Identificado con 50987414 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Diglis Garcia

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos Ramos

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Diglis Garcia M

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Diglis Garcia M.

Documento de identidad Nº 50987714 **Fecha de nacimiento:** 22-10-1979

Edad: 45 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) NO: ( )

Régimen: Contributivo: ( ) Subsidiado: (X) Especial: ( ) **EPS:** M.SG

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Magallanes	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Amor.	Diglis García

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva: ( )** **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Martin Elias Garces, Identificado con 1078529766 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI_X_ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: martin elias garces

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Ramon Mayolones

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Martin Elias Garces

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

martin elia Garcias

Documento de identidad Nº 1072529766 **Fecha de nacimiento:** 13-05-1987.

Edad: 37 **Sexo:** masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida			
Asesoría POST	2024	Hayamones	
Entrega de Resultados	1	Arrol	Martin elias

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Ismael Iodeth, Identificado con 1005655924 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI ✓ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024.

Firma del paciente o representante: Ismael Iodeth

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Magallanes

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Ismael Iodeth.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Ismael Ladeuth.

Documento de identidad Nº 1005655924 **Fecha de nacimiento:** 01-08-2002.

Edad: 22 **Sexo:** masculino **Grupo Poblacional:** Genero

Dirección: Vereda Puntavalera

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.Sal

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Magnuson	Ismael Ladeuth
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Aflor	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Maria del carmen monsiqu, Identificado con 1073788629 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Maria Monsiqu

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hernandez

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Maria del carmen Marquez

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anto

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

mara del carmen montiel

Documento de identidad Nº 1073788629 **Fecha de nacimiento:** 24-05-2005.

Edad: 19 **Sexo:** femenin **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda Punta Larga.

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.SE

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Ramon	
Prueba Rápida	2024	Hoyos Flores	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	ATIO1	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Angela Banquet, Identificado con 1073788629 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: angela Banquet

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Magdalena

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Angela Banquet

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anter

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Angela Bonneth

Documento de identidad Nº 1073 788 429 **Fecha de nacimiento:** 07-02-2007

Edad: 18 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Genera.

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (/) **Especial:** ( ) **EPS:** N.eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Hernandez.	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arlet	Angela

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (/) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Mayelis Cardenas, Identificado con 50 987 714 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Mayelis Cardenas

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Mayelis Cardenas

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 13-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anter

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Maydis Cardenas

Documento de identidad Nº 50987714 **Fecha de nacimiento:** 24-05-1979

Edad: 45 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Genera

Dirección: Vereda punta colina

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.S.C

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	13-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Maydis	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arlon	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Yosira arroyo C, Identificado con 1007527680 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Yosira arroyo

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Mayaluno

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Yosira arroyo C

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Anto

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** H2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Yosira arroyo g.

Documento de identidad Nº 1071527680 **Fecha de nacimiento:** 27-11-1992

Edad: 32 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** genera.

Dirección: Vereda puntabolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) NO: ( )

Régimen: Contributivo: ( ) Subsidiado: (X) Especial: ( ) **EPS:** Nueva eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	ROXANA	
Prueba Rápida	2024	HAYALMANCS	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados		ARIOL	yosira arroyo

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva: ( )** **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Ramon Correa M, Identificado con 15 616 689. Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Ramon Correa

Nombre de la persona que informa el consentimiento: ROXANA MAYALIANES

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Ramon Correa.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Anto

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 12

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Ramon Correa.

Documento de identidad Nº 15 616 689 **Fecha de nacimiento:** 00-05-1978

Edad: 46 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** Yuncra.

Dirección: Vereda puntalolivo.

Asegurado al sistema de salud Si: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Playalitas	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arbi.	Ramon Correa

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Verlys Pimiento, Identificado con 50787570 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI_X_ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Verlys Pimiento

Nombre de la persona que informa el consentimiento: ROXANA MAGALLONA

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Verlys Pimiento

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Verbys Pimienta

Documento de identidad Nº 50187570 **Fecha de nacimiento:** 01-11-1980

Edad: 43 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Yonera

Dirección: Vereda punta bolivar.

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida			
Asesoría POST	2024	Hayduanes	
Entrega de Resultados		Amor.	Verbys Pimienta

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Dario tapia, Identificado con 15621229 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Dario tapia

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxanna Magdalena

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Dario tapia

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Anto

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Dairo I tapia

Documento de identidad Nº 15 621 229 **Fecha de nacimiento:** 12-05-1980

Edad: 42 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda pinta volivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (/) **Especial:** ( ) **EPS:** N.S.C

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Magallanes	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Atol	Dairo tapia

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (/) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Aldemar Ramos, Identificado con 82330700, Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI___ X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Aldemar Ramos

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hayonoru

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Aldemar Ramos

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anto.

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** H 2.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Alacmar RAMOS

Documento de identidad Nº 62330700 **Fecha de nacimiento:** 8-06-1973

Edad: 51 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta colina

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.SEV

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11		Solicitud rapido
Prueba Rápida		Roxana	
Asesoría POST	2024	moyanes	
Entrega de Resultados	1	Amor	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Ana massa morelo, Identificado con 3282480 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Ana massa

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos Flores

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Ana Massa Morelo

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 18-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** Sahagun

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Ana massa marcela

Documento de identidad Nº 3282480 **Fecha de nacimiento:** 22-11-1982

Edad: 40 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Gencva

Dirección: Vereda punto bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** Caja cop1

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Yoy Alvarez	Ana massa
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	AMOR	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Jorge lopez D, Identificado con 9073491 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Jorge lopez

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Mayorano

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Jorge lopez D.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** # 2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Jorge Lopez D.

Documento de identidad Nº 9073491 **Fecha de nacimiento:** 18-03-1962

Edad: 62 **Sexo:** masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** ( ) **Especial:** ( ) **EPS:** N.eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Ramon	
Prueba Rápida			
Asesoría POST	2024	Mayallones	
Entrega de Resultados	1	AMOR.	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Dunia Zurita T., Identificado con 50987706 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Dunia Zurita

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Maldonado

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Dunia Zurita T.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anto

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Dunia Zurita. T.

Documento de identidad Nº 50987706 **Fecha de nacimiento:** 03-08-1985.

Edad: 39 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Genera

Dirección: Vereda Punto Bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.SER

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	ROXANA	Dunia Zurita
Prueba Rápida	2024	MAGALLANES	
Asesoría POST		AMOR.	
Entrega de Resultados	1		

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (✓) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Linda V. Morales G., Identificado con 1077530566 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Linda morales

Nombre de la persona que informa el consentimiento: ROXANA HOYOS LANCES

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Linda V. Morales G.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 13-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** SAN ANTERO

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

LINDA V. MORALES G.

Documento de identidad Nº 1.072.530.566 **Fecha de nacimiento:** 31-10-1997

Edad: 27 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Genero.

Dirección: Vereda punta bolivo.

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	13-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Mayamanes	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	AMOR	linda morales

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Katya Salma Padilla Identificado con 1.072.241.859. Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI_____ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Katya Salma

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Maldonado

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Katya Salma Padilla

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** Sahagun

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 11

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Kattyra Salina Padilla.

Documento de identidad Nº 1.072.241.859 **Fecha de nacimiento:** 13-06-1988

Edad: 36 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** Genera.

Dirección: Vereda punto bolivo.

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** ( ) **Especial:** ( ) **EPS:** H.Sel

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida			
Asesoría POST	2024	Mayalimes	
Entrega de Resultados		Amor	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Elvia Isabel Pacheco, Identificado con 62115260 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Elvia Isabel Th

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Magallanes

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Elvia Isabel Th Figueroa.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Anter

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** H 2.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Elvia Ladeuth Figuero.

Documento de identidad Nº 62115260 **Fecha de nacimiento:** 24-05-1969

Edad: 55 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** genera 1

Dirección: Viejo punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M. Sal.

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Laura	
Prueba Rápida	2024	Magallanes	
Asesoría POST			Elvia Ladeuth
Entrega de Resultados	1.	AMOI	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Jhon Jairo Ricardo, Identificado con 1073788556 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI_X_.NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Jhon Jairo Ricardo

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Hoyos Ramos

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Jhon Jairo Ricardo

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** Sahagún

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Jhon Jaiva Ricardo

Documento de identidad Nº 1073.788.556 **Fecha de nacimiento:** 03-11-1998

Edad: 26 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda Pantalolivo

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.SER

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	ROMINA	
Prueba Rápida	2024	MAYDIMAR(G)	
Asesoría POST			Jhon Jaiva Ricardo
Entrega de Resultados	1	AMOR	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO LUISA F. DIAZ IBARTH., Identificado con 1072532007. Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?
Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?
La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?
El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.
Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Luisa Diaz

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Doriana Mayorquez

Firma de la persona que recibe el consentimiento: LUISA F. DIAZ IBARTH

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 112.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Luisa f. Diaz Ladeuth

Documento de identidad Nº 1.272.532.007 **Fecha de nacimiento:** 20-03-2000

Edad: 24 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.SE

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Hernandez	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Amor.	Luisa Diaz

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Delia espitia Garces, Identificado con 39426071 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si √ No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI √ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Delia espitia

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Deyanira Mayorianes

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Delia espitia Garces

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** CORDOBA **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** #2.

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Delia Espatia Yances

Documento de identidad Nº 39426071 **Fecha de nacimiento:** _____

Edad: 42 **Sexo:** femenino **Grupo Poblacional:** general

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** N.eps

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	Delia Espatia
Prueba Rápida	2024	Mendivanes	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Amor	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Henry Diaz Bolivar, Identificado con 15 619 130 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI___ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Henry Diaz

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Doriana Mayarmo

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Henry Diaz Bolivar

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 1 + 2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Henry Diaz Beltran

Documento de identidad Nº 15619130 **Fecha de nacimiento:** 24-01-1974

Edad: 50 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** Genero.

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (X) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.OER

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Rolando	
Prueba Rápida	2024	Maydianes	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados		Pitalua	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Wilson Deons Montero identificado con 18.621.542 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI X NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Wilson Deons

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Roxana Mayaneres

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Wilson Deons Montero

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 **Departamento:** Cordoba **Municipio:** San Antero

Número de Territorio: _____ **Numero de Microterritorio:** 42

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Curlon Deons Monterrota

Documento de identidad Nº 15.621.540 **Fecha de nacimiento:** 25-05-1990

Edad: 34 **Sexo:** Masculino **Grupo Poblacional:** General

Dirección: Vereda punta bolivar

Asegurado al sistema de salud SI: (V) **NO:** ( )

Régimen: Contributivo: ( ) **Subsidiado:** (X) **Especial:** ( ) **EPS:** M.S.I

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	Roxana	
Prueba Rápida	2024	Mayaluancs	
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	Arlor.	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (N) **Reactiva:** ( ) **Numero de Condones entregados:** 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

YO Francisco Arroyo H, Identificado con 1.078.522.175 Autorizo a la E.S.E CAMU IRIS LOPEZ DURAN, Para que me realicen la prueba de VIH, Lo siguiente es con el fin de bridarle consejería sobre la realización de prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH) y dar así cumplimiento al decreto 1543 de 1997 del Ministerio de la protección social por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnostico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH.

¿Qué es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como VIH, el cual infecta o destruye las células encargadas de la defensa del organismo, originando una falla progresiva y grave de este sistema de defensa quedando el cuerpo expuesto a las infecciones y a ciertos tipos de tumores. No tiene cura, aunque si tratamiento crónico.

¿Cómo se adquiere la enfermedad?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH por exposición a la sangre o a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el mismo, Al compartir agujas para el suministro de ciertas drogas como la heroína (Drogadicto) además durante el embarazo las madres infectadas con el VIH Pueden trasmitir la infección al feto a través de la placenta.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la infección?

El diagnostico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Existen varias pruebas de laboratorio. El primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, si esta resulta "POSITIVA" se repite y será necesario realizar una prueba confirmatoria (Western Blot) si esta prueba se confirma como positiva significa que la persona está infectada con el VIH y que la puede trasmitir (si no toman las medidas de precaución adecuada) el virus a otras personas ya sea a través de contacto sexual o Por compartir agujas. Si su resultado en "NEGATIVO" significa que no hay evidencia de laboratorio. Hasta ese momento de que la persona este infectada con VIH.

Es importante anotar que el diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre. CONSENTIMIENTO: certifico que he leído (o que se me ha leído) la anterior información y que entiendo su contenido, que he recibido ASESORIA PRE-TEST, También certifico que he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: Si X No_____

Como responsable del paciente: (padre o Madre si es menor, representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H.C) SI_____ NO_____

Fecha de Notificación 15-11-2024

Firma del paciente o representante: Francisco Arroyo

Nombre de la persona que informa el consentimiento: Doxana Mayaluanes

Firma de la persona que recibe el consentimiento: Francisco Arroyo

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PDSP Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS TAMIZAJE VIH

FECHA: 15-11-2024 Departamento: CORDOBA Municipio: San Antero

Número de Territorio: _____ Numero de Microterritorio: #2

Nombres y apellidos de quien firma el consentimiento informado:

Francisco Arroyo.

Documento de identidad Nº 1072.522.175 Fecha de nacimiento: _____

Edad: 34 Sexo: Masculino Grupo Poblacional: General

Dirección: Vereda Pantalaliao

Asegurado al sistema de salud SI: (X) NO: ( )

Régimen: Contributivo: ( ) Subsidiado: ( ) Especial: ( ) EPS: N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	FIRMA USUARIO DEL SERVICIO
Asesoría PRE	15-11	ROXANA	
Prueba Rápida	2024	Hoyamanes	Francisco Arroyo
Asesoría POST			
Entrega de Resultados	1	AMOI	

Resultado Prueba Rápida

No reactiva: (X) Reactiva: ( ) Numero de Condones entregados: 1

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SST-021-2024

DIMENSIÒN:

PROMOCIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

(Soportes de Ejecución de Actividades)

TOMO III DE V

DIMENSIÒN:
PROMOCIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

6.3. Realizar una (01) visita mensual a 15 gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

Dimensión: PROMOCIÓN DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GENERO - PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SSR DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO
Territorio: Urbano
Microterritorios Rural: Barrios: Cardales, Villa Roma, Patagonia y Pata de Vaca
Nombre de la Actividad: Realizar una (01) visita mensual a 15 gestantes y su familia en el domicilio del microterritorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable mediante un rotafolio. Además, se debe verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la IPS o equipos básicos de salud las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto. Estas visitas deben ser ejecutadas por médico y auxiliar de enfermería.
Numero de Jornadas asignadas: 4 Jornadas Urbanas (4 Visitas por Gestante)
Número de participantes por jornadas: 15 gestantes

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES:

El **19 DE SEPTIEMBRE DE 2024** se realizó solicitud de apoyo de base de datos al jefe de enfermería PYM **YARLEDYS PACHECO NAVARRO** quien envió tabla de Excel con información de las gestantes por vía correo electrónico el día 20 de septiembre de 2024. Dicha base de datos se utilizó para realizar concertación vía telefónica con cada gestante y proceder a realizar la respectiva visita a su domicilio en el micro territorio **VILLA ROMA – CARDALES – PATAGONIA – PATA DE VACA** de la zona **URBANA** del municipio de san antero. Ver Tabla 1.

GESTANTE	FECHA DE CONCERTACIÓN	FECHAS DE ACTIVIDADES	MICRO TERRITORIO
1. **Yina Paola Romero Álvarez**	28/09/2024	1era: 28/09/2024	VILLA ROMA
		2da: 19/10/2024	
		3era: 17/11/2024	
		4ta: 10/12/2024	
	28/09/2024	1era: 28/09/2024	CARDALES

2. Yelibeth Ladeuth Díaz		2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	
3. Roxana Carolina López Ramos	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	CARDALES
4. Luz Dary Fuentes Benítez	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	CARDALES
5. Alejandra Isabel Mórelo Pérez	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	CARDALES
6. Adriana luz quintana blanco	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	PATAGONIA
7. Laura Vanessa López	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	PATAGONIA
8. Lorena Paola Correa Murillo	28/09/2024	1era: 28/09/2024 2da: 19/10/2024 3era: 17/11/2024 4ta: 10/12/2024	PATAGONIA
9. María Francia Berrio Banqueth	29/09/2024	1era: 29/09/2024 2da: 20/10/2024 3era: 16/11/2024 4ta: 11/12/2024	CARDALES
10. Ivanna Gabriela Ladeuth Figueroa	29/09/2024	1era: 29/09/2024 2da: 20/10/2024 3era: 16/11/2024 4ta: 11/12/2024	CARDALES
11. Leandra Patricia Payares Villalobos	29/09/2024	1era: 29/09/2024 2da: 20/10/2024 3era: 16/11/2024 4ta: 11/12/2024	VILLA ROMA

12. Yaquelin Vargas Barrios	29/09/2024	1era: 29/09/2024	VILLA ROMA
		2da: 20/10/2024	
		3era: 16/11/2024	
		4ta: 11/12/2024	
13. Heidis Marian Blanquiceth Garcés	29/09/2024	1era: 29/09/2024	PATA DE VACA
		2da: 20/10/2024	
		3era: 16/11/2024	
		4ta: 11/12/2024	
14. Brandy Yuleisi Guzmán Masías	29/09/2024	1era: 29/09/2024	PATA DE VACA
		2da: 20/10/2024	
		3era: 16/11/2024	
		4ta: 11/12/2024	
15. Licy Yiceth Pérez Ortega	29/09/2024	1era: 29/09/2024	PATA DE VACA
		2da: 20/10/2024	
		3era: 16/11/2024	
		4ta: 11/12/2024	

Tabla 1.

CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN:

EXPERIENCIA POSITIVA DEL EMBARAZO

El embarazo es el período de tiempo que va desde la fecundación del óvulo hasta el parto, en el que el feto se desarrolla en el útero de la madre dura aproximadamente 40 semanas. Es una etapa de la vida de la mujer que implica cambios fisiológicos y psicológicos. Durante este tiempo, la mujer debe prestar atención a su alimentación y cuidados personales.

El embarazo de divide en:

- Primer Trimestre:

De la semana 1 hasta el final de la semana 12.

- Segundo Trimestre:

De la semana 13 hasta el final de la semana 26.

- Tercer Trimestre:

De la semana 27 hasta el final del embarazo semana 40.

Signos de alarma y alerta:

Primer trimestre e inicios del segundo hasta la semana 19 de gestación:

- Sangrado vaginal en cualquier cantidad acompañado o no de cólicos o dolor pélvico.
- Fiebre de 38°C o más tomada con un termómetro bucal o axilar.

- Si se presenta dolor o ardor al orinar puede ser una infección urinaria.
- Dolor en la parte baja del abdomen severo, que no mejore con analgésicos suaves prescritos por un médico.
- Las nausea y los episodios de vómitos ocasionales son normales hasta las 12 semanas. Sin embargo, si sin incontrolables y causan deshidratación imposibilidad para ingerir agua o alimentos debes consultar al médico.

Segundo y tercer trimestre desde la semana 20 hasta el final del embarazo:

- Sangrado vaginal en cualquier cantidad asociado o no a dolor pélvico o contracciones. Requiere consulta inmediata.
- Salida de líquido por vaginal, puede ser transparente, amarillo, verde, o rosado. En ese caso, se es posible el traslado debe de hacerse acostada al centro médico más cercano.
- Dolor pélvico severo o contracciones. Sensación de que la barriga se pone dura de forma intermitente asociado o no a dolor en la espalda.
- Dolor de cabeza global en casco, que no mejore con un analgésico suave o que se acompañe de anomalías visuales o auditivas.
- Anomalías visuales, perdida de la visión parcial o total, visión borrosa o doble, visión de puntos o moscas voladoras.
- Anomalías auditivas, pitos o zumbidos en los oídos.
- Convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Dolor en la boca del estómago asociado a náuseas y vomito.
- Hinchazón matutina de la cara, manos y piernas.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales. En caso de percibir una falta de movimientos se recomienda recostarse sobre el lado izquierdo, ingerir algo dulce y frio, si pasados 10 minutos no hay respuesta acudir lo antes posible al servicio de urgencias.

Importancia de acudir al control prenatal:

El control prenatal es una parte vital del cuidado de la madre y el feto durante el embarazo. Estas visitas regulares al médico permiten detectar cualquier problema en el embarazo y tratarlo antes de que cause complicaciones graves. En este artículo, abordaremos la importancia del control prenatal en la salud de la madre y el feto, qué esperar durante las visitas y cuándo programarlas.

¿Qué es el control prenatal?

El control prenatal es la atención médica que se brinda a la madre y el feto durante el embarazo. El objetivo principal del control prenatal es garantizar el bienestar y la seguridad de ambos antes, durante y después del parto. Muchas afecciones comunes, como la diabetes gestacional, la hipertensión arterial y la anemia, pueden tener consecuencias graves para la madre y el feto, pero pueden tratarse si se detectan temprano. Además, las visitas regulares al médico pueden ayudar a prevenir el parto prematuro, el bajo peso al nacer y las complicaciones durante el parto.

¿Qué esperar durante las visitas prenatales?
Durante las visitas prenatales, se realizará un examen físico y se controlará el crecimiento y desarrollo del feto. El médico controlará la presión arterial, escuchará los latidos del corazón del bebé, medirá el tamaño de la barriga y verificará si hay proteínas o azúcar en la orina. Además, se realizarán pruebas específicas en determinados momentos del embarazo, como las pruebas de detección de anomalías del tubo neural y la ecografía morfológica del segundo trimestre.
Los médicos también discutirán la dieta y el ejercicio de la madre, así como su plan de parto y cualquier preocupación que pueda tener. Es importante ser sincero con el médico acerca de su historial médico y cualquier droga o medicamento que esté tomando. Esto ayudará al médico a proporcionarle el mejor cuidado posible.

¿Cuándo programar las visitas prenatales?
Las visitas prenatales suelen programarse en función de la edad gestacional. En general, las visitas son mensuales hasta las 28 semanas de embarazo, quincenales hasta las 36 semanas y semanales hasta el parto. Sin embargo, esto puede variar según la salud de la madre y el feto, así como cualquier afección médica subyacente.
Además, es importante programar una cita con un obstetra-ginecólogo en las primeras semanas del embarazo para confirmar el embarazo, verificar la salud de la madre y el feto y establecer un plan de atención prenatal.

El cuidado prenatal regular ofrece muchos beneficios, tanto para la madre como para el feto:

- Gestión de afecciones médicas: Si se detecta alguna afección médica durante el embarazo, como diabetes gestacional, preeclampsia o anemia, el médico puede desarrollar un plan de tratamiento adecuado para garantizar la salud y la seguridad de la madre y el feto.
- Detección de complicaciones: Al realizar ecografías, análisis de sangre y otros exámenes, el médico puede detectar complicaciones del embarazo temprano, lo que permite un tratamiento rápido y efectivo.

- Educación sobre el embarazo: El médico puede brindar información sobre el embarazo, el parto y la crianza de un recién nacido, lo que puede ayudar a aliviar la ansiedad y el estrés de la madre.
- Mejora de los resultados: El cuidado prenatal adecuado puede reducir significativamente el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones del embarazo.
- Preparación para el parto: Durante las visitas prenatales, el médico puede discutir el plan de parto de la madre, ofrecer consejos y responder cualquier pregunta que pueda tener.

Seguir un plan de control prenatal adecuado es crucial para la salud de la madre y el feto. Si se pierden citas, no se realizan exámenes o no se sigue el plan de tratamiento, se corre el riesgo de desarrollar una complicación grave que podría haberse tratado o evitado. Además, es importante discutir cualquier inquietud que tenga sobre su embarazo con su médico.

Cuidados del embarazo:

Durante el periodo de embarazo **es muy importante prestar atención a la salud tanto de la madre como del bebé que se está gestando.** En este sentido, los cuidados prenatales juegan un papel muy importante, ya que aseguran de que se tomen todas las medidas necesarias para lograrlo.

Para hablar del embarazo y sus cuidados, lo primero que se debe tener en cuenta son las visitas prenatales al médico. Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta ciertos cambios, y el control médico permite identificarlos, evaluar el progreso del embarazo y brindar orientación a la madre. Estas visitas, además, son necesarias porque ayudan a detectar cualquier complicación y tomar medidas para solucionarlas.

Se recomienda que después de la primera visita, se programen citas de control y cuidado prenatal de la siguiente manera:

- 1 cita cada 4 semanas hasta la semana 28 de embarazo.
- A partir de la semana 28 1 cita cada 2 semana hasta la semana 36 de embarazo.
- A partir de la semana 36 1 cita cada semana hasta el parto.

La frecuencia de estas visitas varía en función de muchos factores, por lo que lo más recomendable es consultarlo directamente con tu obstetra o ginecólogo, quien también puede explicar con más detalle qué cuidados debe tener la madre durante los meses de embarazo.

Pruebas médicas importantes:

En las visitas de control y cuidado prenatal, se realizan algunos exámenes para evaluar la salud de la madre y el desarrollo del feto. Estos son los más importantes:

- Examen físico: los médicos realizan este examen para medir el peso, la altura y la presión arterial; y evaluar el tamaño y la posición del útero.
- Análisis sangre y orina: el análisis de sangre permite determinar el grupo sanguíneo y diagnosticar posibles problemas de salud como la anemia o la diabetes gestacional. También se hace para detectar infecciones, igual que la muestra de orina, que permite medir los niveles de proteínas en la orina y detectar enfermedades.
- Ultrasonidos: sirven para escuchar los latidos del feto, evaluar su tamaño y calcular la fecha de término del embarazo.

También se pueden hacer otro tipo de pruebas diagnósticas y de seguimiento a lo largo del primer, segundo y tercer trimestre de gestación, todo dependiendo del historial médico de cada mujer, la evolución del embarazo y las recomendaciones médicas oficiales de donde viva. Esto lo indica el médico, al igual que los cuidados prenatales que se deben seguir.

Alimentación durante el embarazo:

Aunque en cualquier etapa de la vida es importante alimentarse de forma equilibrada, vale resaltar que durante el embarazo hay que seguir un buen programa de nutrición para asegurar el bienestar de la madre y del feto. Es decir, se debe seguir una dieta variada, en la que se incluyan todos los nutrientes básicos imprescindibles para el buen desarrollo del bebé y la salud de la madre.

Se recomienda consumir de forma abundante:

- Frutas.
- Verduras.
- Legumbres.
- Cereales de grano entero.
- Frutos secos.

Asimismo, es importante consumir alimentos que aporten altos niveles de proteína y de calcio, pero de forma moderada. Muchos de los cuidados durante el embarazo pasan por la alimentación, así que es importante prestarle atención.

Respecto a lo que se debe evitar durante el embarazo, podemos señalar el consumo de alcohol y tabaco, que pueden tener efectos muy negativos en el desarrollo fetal. También es importante limitar la ingesta de cafeína y de productos procesados.

Durante el embarazo, además de tener una alimentación equilibrada, se recomienda consumir algunos suplementos dietéticos para asegurar la ingesta de vitaminas y minerales esenciales. Estos son algunos de los complementos que recomiendan los médicos para los cuidados en el primer trimestre de embarazo:

- Ácido fólico: el National Institutes of Health dice que se tiene que aumentar la ingesta de esta vitamina y consumir entre 400 y 800 microgramos cada día. Incluso algunas personas empiezan a tomar ácido fólico cuando están planeando su embarazo.
- Hierro: se recomienda el consumo de hierro para satisfacer la demanda adicional de sangre y oxígeno en la madre. Además, es necesario tomarlo cuando se diagnóstica anemia o cuando los niveles de hierro en la sangre son muy bajos.
- Calcio: es indispensable para el desarrollo de los huesos del feto, por eso, se recomienda que durante el embarazo se consuman entre 1.000 y 1.300 miligramos diarios.

También hay otras vitaminas como el omega-3, que pueden ayudar a que el embarazo se desarrolle de forma más saludable. Lo ideal es que sea el médico quien los prescriba, teniendo como referencia las pruebas de laboratorio para cubrir las necesidades que puede tener cada mujer.

Hábitos saludables:

Tener hábitos saludables contribuye a tener un mejor embarazo, por eso es importante tomar en cuenta algunas de las medidas que ya mencionamos, como seguir una dieta equilibrada, y realizar algunos ejercicios. Además de esto, es recomendable:

- Descansar y dormir lo suficiente: durante el embarazo el cuerpo de la mujer puede sufrir de fatiga, así que lo mejor es dormir de 7 a 9 horas por noche, y descansar con siestas a lo largo del día.
- Reducir el estrés: también es importante tener una buena salud mental. Para ello se recomienda hacer yoga y aplicar algunas técnicas para el control del estrés como la meditación.
- Evitar el consumo de sustancias nocivas: algunas sustancias pueden generar complicaciones en el embarazo. Es sumamente importante evitar el consumo de sustancias nocivas como el alcohol, el tabaco y las drogas.

El uso de drogas durante el embarazo puede afectar significativamente el desarrollo del feto y causar complicaciones. Este es uno de los temas más importantes cuando se trata de cuidados prenatales, sobre todo, por el impacto que puede llegar a tener.

GESTANTE 1 - YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ

El **28 DE SEPTIEMBRE DE 2024** se concertó con la gestante **YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ,** Del micro territorio **VILLA ROMA** zona **URBANA.** La actividad visita mensual a 15 gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.

En esta actividad se realizaron 4 visitas al domicilio de la gestante:

- 1era visita: 28/09/2024:
  Gestante Yina Paola Romero Álvarez de 20 años primigestante para el día 28/09/2024 con embarazo de 4.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 29/08/2024.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 1 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 2da visita: 19/10/2024:
  Gestante Yina Paola Romero Álvarez de 20 años primigestante para el día 19/10/2024 con embarazo de 7.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 29/08/2024 y 7.2 semanas por ecografía obstétrica del 04/10/2024 con 5.1 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 1 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 3era visita: 17/11/2024:
  Gestante Yina Paola Romero Álvarez de 20 años primigestante para el día 17/11/2024 con embarazo de 11.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 29/08/2024 y 11.3 semanas por ecografía obstétrica del 04/10/2024 con 5.1 semanas.

Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
Se verifico carnet de control prenatal con 2 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 1 asistencias.
Se verificaron signos vitales en metas.
Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 4ta visita: 10/12/2024:
  Gestante Yina Paola Romero Álvarez de 20 años primigestante para el día 10/12/2024 con embarazo de 14.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 29/08/2024 y 14.5 semanas por ecografía obstétrica del 04/10/2024 con 5.1 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 3 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 1 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

Se observó que la gestante estuvo muy participativa y receptiva con la temática durante las visitas, expreso entender de forma clara la información.

San Antero, 19 de septiembre de 2024

Jefe
YARLEDYS PACHECO NAVARRO
Enfermera PYM
ESE CAMU Iris López Duran
E. S. M.

REFERENCIA: Solicitud de apoyo Base de datos

Respetada Jefe Yarledys.

En el marco de la ejecución de las actividades contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC Departamental de Córdoba, suscritas o convenidas entre la Gobernación de Córdoba y la E.S.E. CAMU Iris López Duran, dentro de las estrategias a desarrollar se en encuentra el realizar visitas mensuales a gestantes y sus familias en sus domicilios de los microterritorios urbanos y rurales priorizados por la oficina de salud del Municipio de San Antero.
Lo anterior con la finalidad de brindar información y educación a las gestantes, signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable, verificar asistencia a controles prenatales, citas con especialistas, vacunación, exámenes de laboratorio y canalizar a la ESE las gestantes que manifiesten riesgos para su salud o la del producto.

Para el desarrollo de estas visitas se debe contar con una base de datos de las gestantes del Municipio de San Antero, que nos permita identificarlas tanto en zona urbana como rural.

Es por ello que, solicitamos muy comedidamente su colaboración para la obtención de esta información, lo más pronto posible y dar cumplimiento a las acciones programadas en el PIC departamental.

Su apoyo es de gran importancia para construir y trabajar articuladamente de la mano en el fortalecimiento de acciones estratégicas, que permiten mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de nuestra población y facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Cordialmente;

Rebo Yarledys pacheco
20/09/24

MARA PAOLA JAYK MARTINEZ
Medico PIC Departamental
ESE CAMI IRIS LOPEZ DURAN

Reviso: Coordinadora PIC Dptal.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU IRIS LÓPEZ DURÁN DE SAN ANTERO NIT #.812.002.993 - 3	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: FGDCSA001** **FECHA ÚLTIMA REVISIÓN. 01/04/2020**

San Antero 20 de Septiembre del 2024.

Dra.

MARA PAOLA JAYK MARTINEZ

Medico PIC Departamental

Cordial saludo

Asunto: **Entrega de información solicitada**

Cordial saludo,

La presente es para hacer entrega de base de datos de gestantes vía correo electrónico mara.jayk1997@gmail.com para realización de actividades contempladas en el PIC DEPARTAMENTAL.

Atentamente,
Yarledys pacheco Navarro
Enfermera de PYM

IRIS LOPEZ DURAN CIENCIA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL TRABAJO E.S.E. CAMU	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N.° SS-021-2024**	OMNIA PER IPSUM FACTA SUNT GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 28 del mes Septiembre del año 2024 se reunieron Mara Paola Jayk Martinez representante de la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN y Yina Paola Romero Alvarez representante de Villa roma de la zona Urbana del municipio de San Antero, Córdoba, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios No SS-021-2024 celebrado entre la Ese Camu Iris López Duran y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Realizar Una Visita mensual a gestante y Su familia en el domicilio del Microterritorio (villa roma. de la zona urbana para brindar información y educación en Signo	Promocion de derechos Sexuales reproductivo y equidad de genero prevencion y atencion Integral de la SSR.	28/09/2024 19/10/2024 17/11/2024	Rotafolio Equipo de organo Balanza digital Cinta Metrica tensiometro fonendoscopio Pulsioximetro fallimetro termometro digital	Medico Auxiliar de enfermeria	Se Verificara asistencia a Controles Prenatales, Citas Con especialista Vacunacion, Examenes de Laboratorio y se
de alarma, alerta, tempranas importacia de acudir al Control Prenatal, cuidados del embarazo alimentación Saludable.	desde un anfoque de genero.	10/12/2024			Canalizara a la ESE las gestantes que manifiesten riesgos para Su salud o la del Producto.

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Yina Paola Romero A.	Nombre:	Mara Paola Jayk M.
Cedula de ciudadanía:	1073188077.	Cedula de ciudadanía:	1233340789
Entidad:		Entidad:	ESE camu iris lopez D.
Numero de contacto	3132792557.	Numero de contacto	3136941542
Firma:	Yina Paola Romero A.	Firma:	Hamjayk

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Villa roma	Hora de Inicio: 11:00 AM
Fecha 28 de septiembre de 2024	Hora de Finalización: 11:30 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una Visita mensual a gestantes y a su familia en el domicilio del microterritorio (Villa roma.) de la zona urbana para brindar información y educacion en Signos de alarma, alertas temprana de acudir al control prenatal, Cuidados del embarazo, alimentación Saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 28 de Septiembre de 2024 se realiza la 1era visita domiciliaria en el microterritorio Villa roma a la gestante Yina Romero de 20 años de edad G1 con FUM del 29-08-2024

Actualmente con embarazo de 4.2 por FUM.

Se revisa Carnet de vacunacion y Laboratorios al dia.

Se revisa Carnet de control prenatal con 1 controles con medicina General y 0 con ginecologia.

Signos vitales: TA 110/70 mmHg FC 82 lpm FR 20 rpm SpO2 99%.

Se explicaron Signos y Sintomas de alarma temprana en esta etapa del embarazo

Conclusiones

La gestante en mención no presento riesgos para su Salud o la del producto actualmente

Recomendaciones

Es Importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifique de forma oportuna los signos y Sintomas de alerta temprana en el embarazo

Responsables de la Actividad

Medico: Mora Paola Jayk Martinez

Auxiliar de enfermeria: Maryiris Ludeth M

Gestante: Yina Paola Romero A.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 1 - YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ



1era visita: 28/09/2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Villa roma.	Hora de Inicio: 11:00 AM
Fecha 19 de octubre de 2024	Hora de Finalización: 11:30 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio villa roma. y de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertar tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 19 de octubre de 2024 se realizo la 2da visita domiciliaria en el microterritorio villa roma a la gestante Yina Romero de 20 años de edad G1 con FUM del 24-08-2024 Actualmente con embarazo de 7.2 por FUM y de 7.2 por eco obstetrica de 1er trimestre. 4-10-2024 con 5.1 sem. Se revisan labaratorios de control al dia. Se revisa carnet de control prenatal con 1 controles con medicina general y 0 con ginecologia signos vitales: TA 100/60 mmHg FC 99 lpm FR 18 rpm SPO2 99% Peso 52.5 kg talla 1.64 cm

Se explican signos y sintomas de alarma temprana en esta etapa del embarazo

Conclusiones

La gestante en mención no presento riesgos para su Salud o la del producto.

Recomendaciones

Es importante. Seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad. identifiquen de forma oportuna los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo

Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paola Jayk Martinez

Auxiliar de enfermeria: Maryuris Ladeth

Gestante: Yina Paola Romero

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 1 - YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ



2da visita: 19/10/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Villa roma.	Hora de Inicio: 11:00 AM
Fecha 17 de noviembre de 2024	Hora de Finalización: 11:30 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del microterritorio villa roma. , de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alcitas tempranas importancia de acudir alcontrol prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 17 de noviembre de 2024 y se realizo (y. 3era visita domiciliaria en el microterritorio villa roma a la gestante yina Romero de 20 años de edad G1 con fum del 29-08-2024 Actualmente con 11.8sem por fum se revisa laboratorios al dia.
se revisa carnet de control prenatal con 2 controles con medicina General y 1 con ginecologia.
Signos vitales: TA 100/70 mm Hg fc 94 lpm fr 18 rpm SPO2 99%. talla 1.64 cm peso 53 kg.
Se explican signos y sintomas de alarma temprana en esta etapa del embarazo

Conclusiones

La gestante en mención no presento. riesgos para su salud o la del producto

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiquen de forma oportuna. los signos y sintomas de alerta tempranas en el embarazo

Responsables de la Actividad

Medico: Mary Paola Jayk Martinez
Auxiliar de enfermeria: Maryins Cadeth
Gestante: Yina Paola Romero

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 1 - YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ



3era visita: 17/11/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Villa roma.	Hora de Inicio: 11:00 AM
Fecha 10 de diciembre de 2024	Hora de Finalización: 11:30 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio de Microterritoria (villa roma.) de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 10 de diciembre de 2024 se realizo la 4ta visita domiciliaria en el microterritorio villa roma a la gestante yina Romero de 20 años de edad 61. con FUM del 29-08-2024
Actualmente con embarazo de 14.5por FUM y de 14.5 por ecografia del 04-10-2024 con 5. 1 sem
Se revisa labaratorios al dia.
Se revisa carnet de control prenatal con registro de 3 controles con medicina general y 1 con ginecologia.
Signos vitales: TA 100/70mmHg FC82lpm FR 20rpm
SPO2 99%. Peso 54kg talla 1.64M.

Conclusiones

La gestante en mención no presenta riesgos para su salud o la del producto.

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiqeen de forma oportuna los signos y sintomas de alerta tempranas en el embarazo.

Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paula Jayk Martinez
Auxiliar de enfermeria: Maryins La dotta
Gestante: Yina Paola Romero

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 1 - YINA PAOLA ROMERO ÁLVAREZ



4ta visita: 10/12/2024

GESTANTE 2 - YELIBETH LADEUTH DÍAZ

El **28 DE SEPTIEMBRE DE 2024** se concertó con la gestante **YELIBETH LADEUTH DÍAZ,** Del micro territorio **CARDALES** zona **URBANA.** La actividad visita mensual a 15 gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.

En esta actividad se realizaron 4 visitas al domicilio de la gestante:

- 1era visita: 28/09/2024:
  Gestante Yelibeth Ladeuth Díaz de 20 años G2C1 para el día 28/09/2024 con embarazo de 6.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 11/08/2024.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 1 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 2da visita: 19/10/2024:
  Gestante Yelibeth Ladeuth Díaz de 20 años G2C1 para el día 19/10/2024 con embarazo de 9.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 11/08/2024.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 2 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 3era visita: 17/11/2024:
  Gestante Yelibeth Ladeuth Díaz de 20 años G2C1 para el día 17/11/2024 con embarazo de 14 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 11/08/2024 y 14.6 semanas por ecografía obstétrica del 17/11/2024 con 14.6 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.

Se verifico carnet de control prenatal con 2 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
Se verificaron signos vitales en metas.
Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 4ta visita: 10/12/2024:
  Gestante Yelibeth Ladeuth Díaz de 20 años G2C1 para el día 10/12/2024 con embarazo de 17.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 29/08/2024 y 17.2 semanas por ecografía obstétrica del 17/11/2024 con 14.6 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 3 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 1 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

Se observó que la gestante estuvo muy participativa y receptiva con la temática durante las visitas, expreso entender de forma clara la información.

IRIS LOPEZ DURAN CIENCIA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL TRABAJO E.S.E. CAMU	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N.° SS-021-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 28 del mes Septembre del año 2024 se reunieron Maria Paola Jayk Martinez representante de la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN y Yelibeth Jadeth Diaz representante de Cardules de la zona Urbana del municipio de San Antero, Córdoba, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios No SS-021-2024 celebrado entre la Ese Camu Iris López Duran y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Realizar una Visita mensual a gestantes y su familia en su domicilio del microterritorio (Cardules) de la zona urbana para brindar información y educación en Signo de alarma, alerta tempranas importancia de acudir al control Prenatal, cuidado del embarazo, alimentación Saludable.	Promoción de derechos Sexuales reproductivos y equidad de genero Prevención y atención Integral de la SSR desde un enfoque de genero	28/09/2024 14/10/2024 17/11/2024 10/12/2024	Rotafolio Equipo de Organo Balanza digital Cinta metrica tensiometro fonendoscopio Pulsiometro tallimetro termometro digital	Medico Auxiliar de enfermeria	Se Verifica la asistencia a Controles Prenatales, Citas con especialista, Vacunación Examenes de laboratorio y se Canalizara a la ESE las gestantes que manifiesten riesgos para su Salud o la del producto.

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Yelibeth Jadeth	Nombre:	Maria Paola Jayk M.
Cedula de ciudadanía:	1072530350	Cedula de ciudadanía:	1233340789
Entidad:		Entidad:	ESE camu Iris lopez Duran
Numero de contacto	3108343023	Numero de contacto	3136945042
Firma:	Yelibeth	Firma:	~~Maria~~ Jayk

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cardules	Hora de Inicio: 5:00 PM
Fecha 28 de septiembre de 2024	Hora de Finalización: 5:30 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y a su familia en el domicilio del microterritorio (Cardules) de la zona urbana para brindar información y educación en signos de alarma, alerta tempranas, importacia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación Saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 28 de septiembre de 2024 se realiza la 1era visita domiciliaria en el microterritorio cardules a la gestante Yelibeth Ludeth de 20 años de edad Con FUM del 11-08-2024
Actualmente con embarazo de 6.6 semporFUM
Se revisa Laboratorios all dia.
Se revisa carnet de control prenatal con registro de 1 controles con medicina general y con 0 con ginecologia
Signos vitales: TA 100/70 mm Hg fc 82 Lpm fr 20 rpm
Sp02 99%. peso 60 kg talla 1.56 M
Se explican signos y sintomas de alarma en el embarazo.

Conclusiones

La gestante en mención no presento riesgos para su salud. o la del Producto.

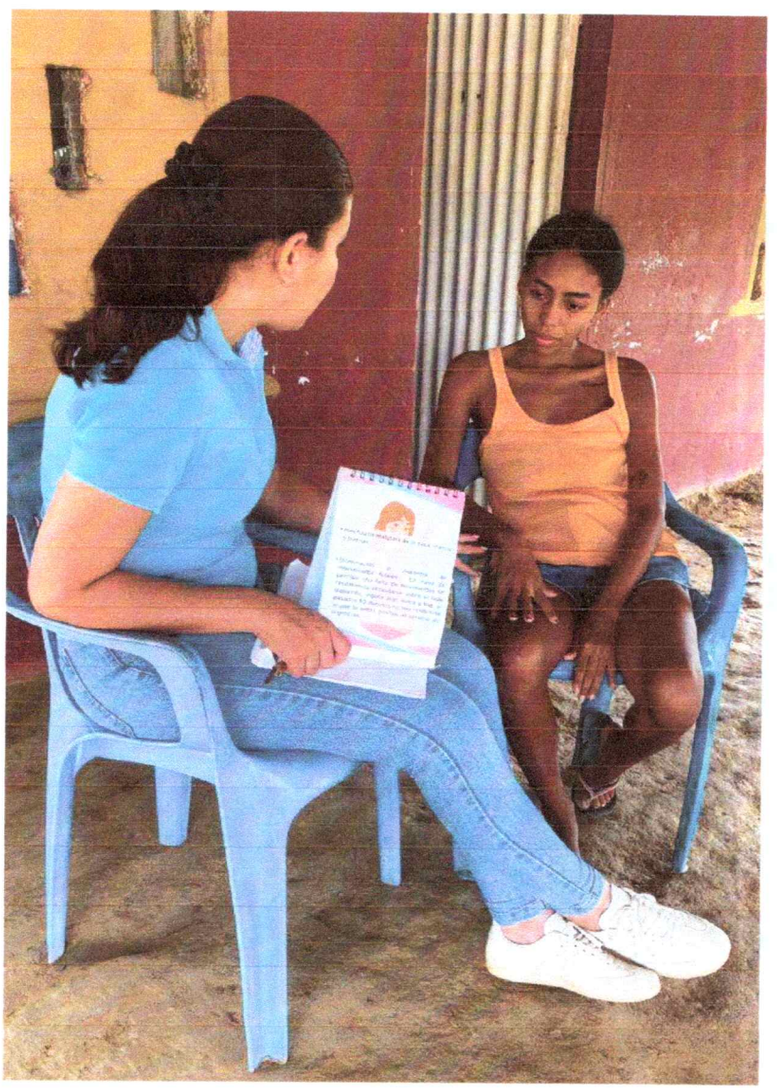
Recomendaciones

Es importante. Seguir fortalaciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiquen de forma oportuna los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo.

Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paola Zayk Martinez
Auxiliar de enfermeria: Marjuris Ludeth M
Gestante: Yelibeth

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 2 - YELIBETH LADEUTH DÍAZ



1era visita: 28/09/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cardules	Hora de Inicio: 5:00PM
Fecha 19 de octubre de 2024	Hora de Finalización: 5:30 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio Cardules 1 de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 19 de octubre de 2024 se realiza 4ta visita domiciliaria en el microterritorio Cardules a la gestante Yelibeth Ludeth de 20 años de edad GzC1 con FUM del 11-08-2024

Actualmente con embarazo de 9.6 por FUM – Pendiente ecografía obstetrica de 1er trimestre programada para el 18/11/2024. Se realizan Cuestionarios al día.

Se revisa carnet de control prenatal con 2 controles con medicina General y 0 con ginecología.

Signos vitales: TA 100/70 mmHg FC 88 lpm FR 19 rpm SPO2 99%. Peso 60.3 kg talla 1.56 M.

Conclusiones

La gestante en mención no presento riesgos para su salud o la del producto.

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiquen de forma oportuna los signos y síntomas de alerta temprana en el embarazo

Responsables de la Actividad

Medico: Mora Paola Jayk Martinez

Auxiliar de enfermería: Maryuris Ludeth

Gestante: Yelibeth

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 2 - YELIBETH LADEUTH DÍAZ



2da visita: 19/10/2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cadules	Hora de Inicio: 5:00 PM
Fecha 17 de noviembre de 2024	Hora de Finalización: 5:30 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio (Cadules) y de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir alcontrol prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 17 de noviembre de 2024 se realizo la 3era visita domiciliaria en el Microterritorio Cadales a la gestante yelibeth Cadeth de 20 años de edad G_2C_1 con FUM del 1-08-2024 Actualmente con embarazo de 14 por FUM y de 14.6sem. por ecografia obstetrica de hoy 17 de noviembre de 2024 con 14.6sem.

Se revisan laboratorios al dia.

Se revisa carnet de control prenatal que registra 2 controles con medicina general y 0 con ginecologia.

Signos vitales: TA 100/70mmHg FC 99 lpm FR 19 rpm SpO2 99%. Peso 61kg talla 1.56m.

Conclusiones

La gestante en mención no presenta riesgos para su salud o la del producto

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiquen de forma oportuna de los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo

Responsables de la Actividad

Medico: Maru Paola Jayk Martinez

Auxiliar de enfermeria: Marylins Ludeth

Gestante: Yelibeth

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 2 - YELIBETH LADEUTH DÍAZ



3era visita: 17/11/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Cardules	Hora de Inicio: 5:00 PM
Fecha 10 de diciembre de 2024	Hora de Finalización: 5:30 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio Cardules y de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 10 de diciembre de 2024 se realiza la 4ta visita domiciliaria en el Microterritorio Cardules a la gestante Yelibeth Ludeth de 20 años de edad Gr C_1 con FUM del 11-08-2024 Actualmente con embarazo de 17.2 por FUM y del 18.1 sem por eco obstetrica del 17-11-2024

Se realiza tamizajes al día.

Se realiza carnet de control prenatal que registra 3 Controles con medicina general y 1 cong me eco logia.

Signos vitales: TA 100/70 mmHg FC 82 lpm FR 19 rpm Sp02 99%. Peso 62 kg talla 1.56 m.

Conclusiones

La gestante en mención no presenta riesgos para su salud o la del producto.

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad identifiquen de forma oportuna los signos y síntomas de alerta temprana en el embarazo.

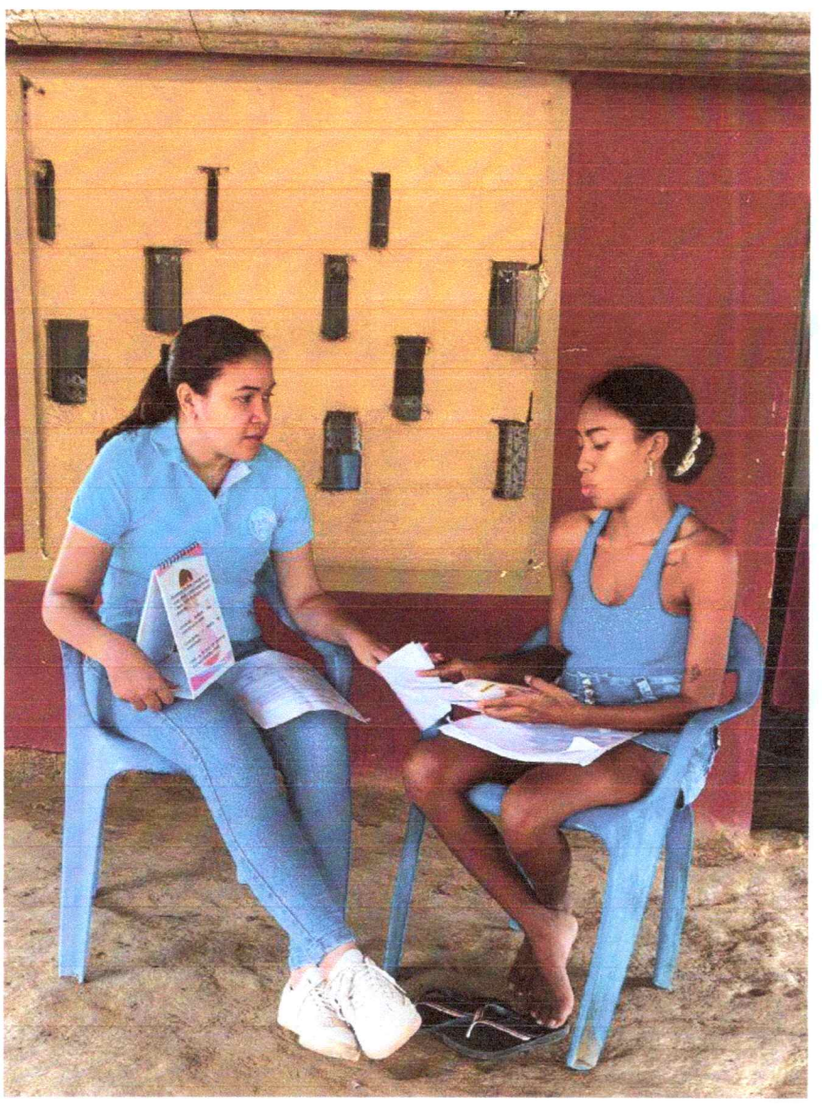
Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paula Jayk Martinez

Auxiliar de enfermeria: Maryuris Ludeth

Gestante: Yelibeth

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 2 - YELIBETH LADEUTH DÍAZ



4ta visita: 10/12/2024

GESTANTE 3 - ROXANA CAROLINA LÓPEZ RAMOS

El **28 DE SEPTIEMBRE DE 2024** se concertó con la gestante **ROXANA CAROLINA LÓPEZ RAMOS,** Del micro territorio **CARDALES** zona **URBANA.** La actividad visita mensual a 15 gestantes y su familia en el domicilio del micro territorio urbano en la que se brinde información y educación en signos de alarma, alertas tempranas, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.

En esta actividad se realizaron 4 visitas al domicilio de la gestante:

- 1era visita: 28/09/2024:
  Gestante Roxana Carolina López Ramos de 25 años G2C1 para el día 28/09/2024 con embarazo de 21.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 28/04/2024 y 9.2 semanas por ecografía obstétrica del 17/09/2024 con 7.5 semanas. Paciente con ciclos menstruales irregulares por lo que la última fecha de menstruación no es confiable.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 1 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 0 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 2da visita: 19/10/2024:
  Gestante Roxana Carolina López Ramos de 25 años G2C1 para el día 19/10/2024 con embarazo de 12.2 semanas por ecografía obstétrica del 17/09/2024 con 7.5 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 3 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 1 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 3era visita: 17/11/2024:
  Gestante Roxana Carolina López Ramos de 25 años G2C1 para el día 17/11/2024 con embarazo de 16.3 semanas por ecografía obstétrica del 17/09/2024 con 7.5 semanas.

Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
Se verifico carnet de control prenatal con 3 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 1 asistencias.
Se verificaron signos vitales en metas.
Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

- 4ta visita: 10/12/2024:
  Gestante Roxana Carolina López Ramos de 25 años G2C1 para el día 10/12/2024 con embarazo de 19.5 semanas por ecografía obstétrica del 17/09/2024 con 7.5 semanas.
  Durante la visita se habló sobre los signos y síntomas de alarma temprana en el embarazo, importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación saludable.
  Se verifico carnet de control prenatal con 4 asistencias, laboratorios, carnet de vacunación, citas con ginecología con 2 asistencias.
  Se verificaron signos vitales en metas.
  Se clasifico el riesgo obstétrico y riesgo de preclamsia el cual fue bajo.

Se observó que la gestante estuvo muy participativa y receptiva con la temática durante las visitas, expreso entender de forma clara la información.

IRIS LOPEZ DURAN CIENCIA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL TRABAJO E.S.E. CAMU	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N.° SS-021-2024**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 28 del mes septiembre del año 2024 se reunieron Maru Paola Jayk Martinez representante de la ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN y Roxana Carolina Lopez Ramos representante de Cardales de la zona urbana del municipio de San Antero, Córdoba, con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios No SS-021-2024 celebrado entre la Ese Camu Iris López Duran y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Realizar una Visita mensual a gestante y su familia en el domicilio del Microterritorio (Cardales de la zona urbana para brindar información y educación en	Promoción de derechos Sexuales reproductivos y equidad de genero prevención y atencion Integral de la	28/09/2024 19/10/24 17/11/2024 10/12/2024	Rotafolio Esquipo de Organo Balanza digital Cinta metrica tensiometro fonendoscopio Pulsioximetro tallimetro termometro digital	Medico Auxiliar de enfermeria	Se verificara asistencia a controles prenatales Citas con especialista Vacunacion examenes de laboratorio
Signos de alarma, alerta tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo, alimentación Saludable.	SSR. desde un Enfoque de genero				Y se Canalizara a la ESE las gestantes que manifiesten riesgos para Su salud o la del producto.

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Roxana Lopez Ramos	Nombre:	Maru Padu Jayk M.
Cedula de ciudadanía:	1.072529231	Cedula de ciudadanía:	1233340784
Entidad:		Entidad:	ESE camu Iris lopez D.
Numero de contacto	3045951800	Numero de contacto	3136945042
Firma:	Roxana Lopez	Firma:	~~Maru~~ Jayk

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Caldales	Hora de Inicio: 3:00 PM
Fecha 28 de septiembre de 2024	Hora de Finalización: 3:30 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestante y su familia en el domicilio del microterritorio Caldales de la zona urbana para brindar información y educación en signos de alarma, derechos tempranos importancia de acudir al control prenatal cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 28 de septiembre de 2024 se realizo la 1er visita domiciliaria en el microterritorio Caldales a la gestante Roxana Lopez de 25 años de edad G2C1 con FUM del 28-04-2024
Actualmente con embarazo de 21.6semp por FUM y de 9.2sem por ecografia del 17-09-2024. Paciente con ciclos menstruales irregulares por lo que la FUM no es confiable.
se revisan laboratorios y carnet de vacunación al dia.
se revisa carnet de control prenatal que registra 1 controles con medicina general y 0 con ginecologia.
signos vitales: TA 100/70mmHg FC 84 lpm FR 19 rpm
SpO2 94% Peso 72.5kg talla 1.65m.

Conclusiones

La gestante en mencion no presenta riesgos para su salud o la del Producto actualmente
La gestante refiere entender todos los signos y sintomas de alarma y alerta explicados

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad conozcan e identifiquen los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo.

Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paola Zayk Martinez
Auxiliar de enfermeria: Maryuris Caudeth
Gestante: Roxana Lopez

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 3 - ROXANA CAROLINA LÓPEZ RAMOS



1era visita: 28/09/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Caldales	Hora de Inicio: 2:00PM.
Fecha 19 de octubre de 2024	Hora de Finalización: 2:30 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realiza una visita Mensuales a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio Caldales y de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir al control prenatal cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 19 de octubre de 2024 se realiza la visita domiciliaria en el microterritorio Caldales a la gestante Roxana Lopez de 25 años de edad G2C1 con FUM del 28-04-24 no confiable.
Actualmente con embarazo de 12.2sem por ecografia del 17-09-2024 con 7.5 sem.
Se revisa laboratorios al día.
Se revisa carnet de control prenatal con registro de 2 Controles con Medicina general y 1 con ginecologia
Signos vitales: TA 110/70 mmHg fc 85lpm fR 19 rpm SPO2 99%. peso. 73kg talla 1.65m.
Se explican signos y sintomas de alarma en el embarazo.

Conclusiones

La gestante en mencion no presenta riesgos para su salud ola del producto actualmente.

Recomendaciones

Es importante seguir ~~fortuleciendo~~ este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad conozcan e identifiquen los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo.

Responsables de la Actividad

Medico: Mary Paola Jayk Martinez
Auxiliar de enfermeria: Maryuris Ladeuth
Gestante: Roxana Lopez

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS / GESTANTE 3 - ROXANA CAROLINA LÓPEZ RAMOS



2da visita: 19/10/2024

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Caridules	Hora de Inicio: 4:00 PM
Fecha 17 de noviembre de 2024	Hora de Finalización: 4:30 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una visita mensual a gestantes y su familia en el domicilio del Microterritorio (caridules) de la zona urbana para brindar información sobre educación en signos de alarma, alertas tempranas importancia de acudir al control prenatal, cuidados del embarazo alimentación saludable.

Desarrollo de la Reunión

El 17 de noviembre de 2024 se realiza la 3era visita domiciliaria en el microterritorio caridules a la gestante Roxana lopez de 25 años G2C1 con FUM no confiable Actualmente con embarazo de 16.3 por ecografia del 1er trimestre
Se revisan laboratorios al dia
se revisa carnet de control prenatal que registra 3 controles con medicina general y 1 con ginecologia.
signos vitales: TA 100/60 mmHg FC 84 lpm FR 20 rpm SPO2 96% peso 74 kg talla 1.65 m.
Se explican signos y sintomas de alarma en este etapa del embarazo

Conclusiones

La gestante en mencion no presenta riesgos para su salud o la del producto actualmente.

Recomendaciones

Es importante seguir fortaleciendo este tipo de actividades para que las gestantes de la comunidad conozcan e identifique los signos y sintomas de alerta temprana en el embarazo.

Responsables de la Actividad

Medico: Maria Paola Zayas Martinez
Auxiliar de enfermeria: Maryuris Caudath
Gestante: Roxana Lopez