Version_01_2023

FORM 2

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario: 1819175

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Quindío
1.2. Municipio: Calarcá
1.3. Localidad/comuna: Balcones de la Villa.
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Vía publica.
1.6. Lugar de la actividad: Bl Balcones de la Villa.
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital la Misericordia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Quindío
2.2. Municipio: Calarcá
2.3. Localidad/comuna: Balcones de la Villa
2.4. Barrio:

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 42687806

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Claudia	Eugenia	Villa	Castañeda

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1974 | 01 | 15
3.6.1 Edad en años cumplidos: 51 A.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? (X) SI ○ NO ○ NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil
(X) Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

DIEZ

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ○ UPC ○ Fondo Mundial (●) Recursos Locales PIC ○ Otros Cooperantes ○ Fondo Nacional de Estupefacientes ○ Recursos propios del usuario ○ Otro ¿Cuál?

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Claudia Eugenia Villa Castaño identificado(a) con C.C No. 42687800 de Medellín certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (●) VIH (●) Sífilis (●) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. **Recibí información SI (X) NO ( )**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias para mi acceso a los servicios de salud. **SI (X) NO ( ) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3017263695 o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI (X) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI (X) NO ( ).** En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, **SI (X) NO ( ) No aplica ( )**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo **SI (X) NO ( )** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de 06 del año 2025.

Claudia E. V. A.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Claudia Eugenia Villa
Tipo y número de identificación: CC 42687800.

Adriana Acosta

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Adriana Acosta
Tipo y número de identificación: CC 1004799280

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: A 2025 | M 06 | D 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
⊗ VIH	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite Rapid Test	F1120V3E03	A 2026 M 12 D 01
⊗ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	○ Anticuerpos	Onsite Rapid Test	F1204U5E02D	A 2025 M 12 D 04
⊗ Hepatitis B	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Antígenos	Onsite Rapid Test	F1120V6E00	A 2026 M 12 D 01
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			A A A A M M D D

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: A A A A | M M | D D

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ○ SI ○ NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre: Adriana Acosta | Firma: Adriana Acosta | Cédula de ciudadanía: 1004799280

Scanned with CamScanner