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 Darly Nayiber Cordoba identificado(a) con CC.
No. 1000101438 de Medellin 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 3242912395 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Darly Nayiber Cordoba	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1000101438	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (●) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 Luz Daniela Caicedo Fuentes identificado(a) con CC. No. 1001154112 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 3197497061 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de JUNIO del año 2025

Daniela Caicedo Fuentes

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luz Daniela Caicedo Fuentes	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación:	Tipo y número de identificación: 1055.831.336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 04
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055.831.336

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 Paola Andrea Junco Quintana identificado(a) con CC. No. 1007413505 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 3216993696 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025.

Paola Andrea Junco.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Paola Andrea Junco Quintana
Tipo y número de identificación: CC 1007413505

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba — Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB Plus	FIIRDV3E03.	2026 / 12 / 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

8. Datos de la prueba confirmatoria — Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA / MM / DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba — Nombre: Carlos Andres Valencia — Firma: [signature] — Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 Nataly Lopez Lopez identificado(a) con CC. No. 1033176347 de Medellin 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 3137642359. o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025.

NATALY

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Nataly Lopez Lopez
Tipo y número de identificación: CC 1033.176.347

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC. 1055.831.336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	onsite HIV 1/2 AB plus	F1120V3E03	2026 | 12 | 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Carlos Andres Valencia Firma: Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 María Nohemy Duque identificado(a) con CC. No. 24370746 de Aguada 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 3209969314 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: María Nohemy Duque Narváez	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC. 24370746	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 A3 plus	F1120V3E03	2026 06 06
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA MM DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 Yarlin Andrea Villa Zamarra identificado(a) con CC.
No. 1152701450 de Medellin 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 3245126103. o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yarlin Andrea Villa Zamarra.	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1152701450.	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	ONSITE HIV 1/2 AB PLUS	FI120V3E03	2026 | 12 | 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055.831.336

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 Diana Marcela Roman identificado(a) con CC No. 1151448397 de Medellin 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 3007486320 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025

Diana Roman

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Diana Marcela Roman
Tipo y número de identificación: CC 1.151.448.397

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1035831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
(X) VIH	○ Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	FI120V3E03	2028 | 12 | 01
○ Sífilis	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos			AAAA | MM | DD
○ Hepatitis B	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Antígenos			AAAA | MM | DD
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA | MM | DD)
○ VIH	○ Positivo ○ Negativo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

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

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre: Carlos Andres Valencia Firma: Cédula de ciudadanía: 1035831336

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 Yenitza elena Salas cuayo identificado(a) con CC.
No. 1077151177 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 3192320989. o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) NO ( ) y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ( ) 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 ( ) NO ( ) **No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yenitza elena Salas Cuayo.
Tipo y número de identificación: CC 1077151177

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	FI12013603	2026 | 12 | 01 (D)
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			A A A A | M M | D D
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			A A A A | M M | D D
( ) 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: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 Yessica Tatiana Montoya Oquendo identificado(a) con CC. No. 1017178344 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 3044579060 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) NO ( )** y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio **SI ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025

Yessica Montoya

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yessica Tatiana Montoya Oquendo
Tipo y número de identificación: CC 1017178344

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 AB plus	FIL20V3E03	2026 | 12 | 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			A A A A | M M | D D
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			A A A A | M M | D D
( ) 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: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336

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 Jhon Alexander Candamil Candamil identificado(a) con CC No. 1007709225 de Aguada 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 3114386268 o mi correo electrónico No tiene.

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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) NO ( ) No aplica (X)**

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 ( ) 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 13 del mes de Junio del año 2025.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jhon alexander Candamil Candamil	Nombre y Apellido: Carlos Andres Valencia
Tipo y número de identificación: CC 1007709225	Tipo y número de identificación: CC 1055831336

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2025 | 06 | 13

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	(X) Anticuerpos ( ) Antigenos/anticuerpos	Onsite HIV 1/2 Ab plus	F112CN3E03	2026 | 12 | 01
( ) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
( ) VIH	( ) Positivo ( ) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antigenos/anticuerpos			AAAA | MM | DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ( ) SI (●) NO **Cuáles:** ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Carlos Andres Valencia | Firma | Cédula de ciudadanía: 1055831336