X 25 $ 1'700.000

4.Actividades de promoción y prevención en salud comunitaria, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles.

4.1Realizar jornadas para la toma de pruebas rápidas de VIH, HB/C. sífilis (compra de pruebas rápidas

Mayo ----------2025
contrato 306

25 pruebas rápidas
Julio 01-25

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

4 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA, INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

4.1 Realizar jornadas para la toma de pruebas rápidas de VIH, HBC/C, sífilis (compra de pruebas rápidas)

NOMBRE ACTIVIDAD: Toma de pruebas rápidas de VIH, HBC/C, sífilis **LUGAR:** Zona Centro **FECHA:** 15 de mayo	**PROFESIONALES** Patricia Quirama (Enfermera Jefe) María Liliana Marín (Auxiliar de enfermería)
	
	









REPORTE ITS (EXTRAMURAL) PIC FECHA: 15-05-2025

E.S.E. HOSPTAL SAN VICENTE DE PAUL - SANTA ROSA DE CABAL

No.	FECHA	DOCUMENTO IDENTIDAD	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	SEXO F	SEXO M	EPS	RESULTADO VIH	RESULTADO HEPATITIS B	RESULTADO HEPATITIS C	RESULTADO TREPONEMA PALLIDUM
1	15-5-25	1001137757	Jose.	Mauricio	Salazar.	Gonzalez.		X	NEPS	No reactivo	No Reac	Reactivo	NO. reac.
2	15-5-25	AS19120	Julian.	Leandro	Restrepo	Gomez.		X		no reactivo	no. react	no reactivo	no. react
3	15-5-25	1088361250	Luis	Miguel.	Correa.			X		Reactivo	no. react	no reacti	no. react
4	15-5-25	94152541	Carlos	Mario	Cano	Salazar.		X		no react.	no. react	no reacti	no. react
5	15-5-25	10557662	Oscar.	Escobar.	Escobar.			X		no react.	no. react	no. react.	Reactivo
6	15-5-25	1093219830	Andres	Mauricio	Gutierrez.	Gonzalez		X		no react.	no. react	no. react.	Reactivo
7	15-5-25	1093215735	Juan	David	Ramirez	Londoño		X		Reactivo	no react	no. react	No. react.
8	15-5-25	18616819.	Andres	Mauricio	Bedoya.	Acosta.		X		Reactivo	no. react.	no. react	no. react
9	15-5-25	1088303235	Leonardo	Fabio	Olaya.			X		no. react	no. react	no. react	no. react
10	15-5-25	1013120666	Carlos	Mario	Ruiz.	Aldana		X		no. react	no. react	no. react	no. react
11	15-5-25	31346749.	Yosbel.	Jesus	Alvarado	Paez		X		no. react	no. react	no. react	no. react.
12	15-5-25	1088346842	Aveiga.	—	Londoño	Valdivieso		X		no. react	no. react	no. react	Reactivo
13	15-5-25	—	Juan.	Isaias	Garcia	Diaz		X		no. react	no. react	no. react	Reactivo
14	15-5-25	1117960717	David	Fernando	Alzate.	Bonjuneo		X		no. react	no. react	no. react	no. reactivo
15	15-5-25	1009722	Miguel.	Angel.	Lopez			X		no. react	no. react	no react	no. reactivo
16	15-5-25	1088295622	Jose	Hernan.	Gomez	Gonzalez		X		no. react	no. react	no. react	no. reactivo
17	15-5-25	24627267	Luz.	Marina	Morales		X			no. react.	no react	no. react	no. reactivo
18	15-5-25	10054363	Angie	Shoanna.	Gomez		X			No react	no. react	no. react	no. reactivo

Recibido 19/05/25 7:30 am

REPORTE ITS (EXTRAMURAL) PIC FECHA:

E.S.E. HOSPTAL SAN VICENTE DE PAUL - SANTA ROSA DE CABAL

No.	FECHA	DOCUMENTO IDENTIDAD	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	SEXO F	SEXO M	EPS	RESULTADO VIH	RESULTADO HEPATITIS B	RESULTADO HEPATITIS C	RESULTADO TREPONEMA PALLIDUM
19		1004682042	Maria	Cristina	Amaya	Tabarez	X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
20		1088225169	Diana	Maryuri	Ospina		X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
21		33766302	Viviana		Henao		X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
22		1073226729	Kelly	Tatiana	Rico	Molina	X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
23		33965680	Jenny	Naida	Valencia		X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
24		18614718	Anyelo	Alexander	Acevedo		X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
25		25164983	Mª	Eugenia	Ortiz		X			no reactivo	no reactivo	no reactivo	no reactivo
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													

Pruebas

Recibido 10/05/2015 7:50 am

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	10013757

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Jose Mauricio Salazar Gonzalez

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	X	No		POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No	X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	2

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	Bazuco

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Seguir el tratamiento.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Pues mucho mejor
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	4919972

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

	Yurena Salazar
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	4591120

INSTITUCIÓN	ASVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Julian Leandro Restrepo Gomez

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	Reciclaje

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	X	No		POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No	X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	Bazuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	me mato.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	hago una fiesta
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Super Bien

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	1088361250.

INSTITUCIÓN	H.S.U.P.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Luis Miguel Correa

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Habitante Calle

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si [ ]	No [X]

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [X]

¿UTILIZA CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	FRECUENCIA	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] PERINATAL [ ] TRANSFUSIONAL [ ] USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? Alcohol Bazuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	NO sabría que hacer.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Seguirme Cuidando
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Bien

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si [X]	No [ ]	¿POR QUÉ?	Precaución

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los 15 días del mes de 05 de 2025.

Luis miguel	Maria Julia M.
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	94152SA1

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Carlos Mario Cano Salazar

ESTADO CIVIL	Soltero X	Casado	Unión Libre	Separado

OCUPACIÓN	Reciclaje

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?		Si X	No					
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?		Siempre X		Parcialmente		Nunca		
¿UTILIZA CONDÓN?	Si X	No	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente X		Nunca
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si X	No	POR QUE NO LO UTILIZA					
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	No X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?					

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL X	HOMOSEXUAL	BISEXUAL	PERINATAL	TRANSFUSIONAL	USUARIOS
DROGAS INTRAVENOSAS	ACCIDENTES DE TRABAJO	OTROS: Cuál? Barco			

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Lo que sea
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Todo en manos de Dios.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	estable.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si X	No	¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

PACIENTE Ó ACUDIENTE	ENTREVISTADOR
	Yarena Salazar

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 5 / 2025	18616819.

INSTITUCIÓN	H. S. V. P	MUNICIPIO	Sta Rosa.

NOMBRE COMPLETO	Andres Mauricio Bedoya Posada.

ESTADO CIVIL	Soltero X	Casado	Unión Libre	Separado

OCUPACIÓN	Habitante de calle.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	No X
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	Parcialmente	Nunca X
¿UTILIZA CONDÓN? Si	No X	FRECUENCIA	Siempre	Parcialmente	Nunca X
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN? Si	No X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	no tiene Pareja
¿TIENE PAREJA ESTABLE? Si	No X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL X | HOMOSEXUAL | BISEXUAL | PERINATAL | TRANSFUSIONAL | USUARIOS

DROGAS INTRAVENOSAS | ACCIDENTES DE TRABAJO | OTROS: Cuál? Bazuco

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Tratamiento
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Cuidarme
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Normal
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? Si X	No	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la Institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Sta Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

Andres Mauricio B PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

Ingreso. La Morada
#4919829

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	1093215235.

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Juan David Ramírez Tandoñ

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	comerciante.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	no tiene pareja

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No	X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	Bazuco, Solvan.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	

¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	estable.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___

autorizo voluntariamente a la Institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

Estudio Bacteriano

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	1093219830. No esta creado

INSTITUCIÓN	H.S.U.P.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Andres Mauricio Gutierrez Gonzalez

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Ninguna

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?			Si [ ]		No [X]			
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?			Siempre [ ]		Parcialmente [ ]		Nunca [X]	
¿UTILIZA CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	FRECUENCIA	Siempre [ ]		Parcialmente [ ]		Nunca [ ]
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	no le gusta				
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	0				

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] PERINATAL [ ] TRANSFUSIONAL [ ] USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? Bazuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Nada
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Cuidarse
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Normal.
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? Si [X] No [ ]	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los 15 días del mes de Mayo de 2025.

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

22-5-25 Retirado laboratório
Recebido Angelis – lab

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / mayo / 2025	80850325

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Leonardo Fabio Olaya

ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado
				X

OCUPACIÓN	Vendedor

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	No
	Y	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	Parcialmente	Nunca
		X	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	No	FRECUENCIA	Siempre	Parcialmente	Nunca
	Y				X	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	No	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Según la ocación
		X		

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	No	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?
		X	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	HOMOSEXUAL	BISEXUAL	PERINATAL	TRANSFUSIONAL	USUARIOS
X					

DROGAS INTRAVENOSAS	ACCIDENTES DE TRABAJO	OTROS: Cuál?
		Bazuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	triste.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Frangulo.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Frangulo.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	No	¿POR QUÉ?
	Y		

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR
	Yuena Salazar

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	1013666120

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Carlos Mario Rincon Aldana

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Seleccionador en Chatarrería

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?			Si [X]	No [ ]				
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?			Siempre [X]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]			
¿UTILIZA CONDÓN?	Si [X]	No [ ]	FRECUENCIA	Siempre [X]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]		
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [X]	No [ ]	POR QUÉ NO LO UTILIZA					
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?					

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] PERINATAL [ ] TRANSFUSIONAL [ ] USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Triste.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Tranquilo.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Feliz.
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? Si [X] No [ ]	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si [X] No [ ]

autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025.

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo 2025	31546999

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Yosbel de jesus alvarado Paez.

ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado
			X	

OCUPACIÓN	Reciclaje.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si X	No				
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente		Nunca	X
¿UTILIZA CONDÓN? Si X No	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente	X	Nunca
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN? Si	No X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Confia en la Pareja			
¿TIENE PAREJA ESTABLE? Si X	No	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	3.			

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	HOMOSEXUAL	BISEXUAL	PERINATAL	TRANSFUSIONAL	USUARIOS
X					

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? Marihuana, Basuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Enojado.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Tranquilo.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Tranquilo
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? Si X No	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la Institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

Yosbel	Arena Salazar
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	1088316842

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Alexa Londoño Galindo

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	X

OCUPACIÓN	oficios varios.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	
¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente	Nunca
¿UTILIZA CONDÓN? Si X No	FRECUENCIA	Siempre	Parcialmente	Nunca
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN? Si X No	POR QUÉ NO LO UTILIZA			
¿TIENE PAREJA ESTABLE? Si No X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	15.		

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? Barriga Mañana Pereza

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Continuar la vida.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Continuar la vida
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	triste.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR
	Xiomara Salazar

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2015	No tiene documento

INSTITUCIÓN	HSVP.	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Thor Jairo García Díaz.

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	Reciclaje.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si		No	X	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	X

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL		HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	nada

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	nada

¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Contento.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	SI	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2015

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 ' Mayo' 2025	1117960717

INSTITUCIÓN	H.S.U.P	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	David Fernando Alzate Benzumea.

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Habitante Calle

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si [ ]	No [X]

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [X]

¿UTILIZA CONDÓN?	Si [X]	No [ ]	FRECUENCIA	Siempre [ ]	Parcialmente [X]	Nunca [ ]

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	No tiene pareja.
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	0.

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [X]	HOMOSEXUAL [ ]	BISEXUAL [ ]	PERINATAL [ ]	TRANSFUSIONAL [ ]	USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? Marihuana Benzuca.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Buscaría Tratamiento
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Seguir Cuidando
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Normal

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si [X]	No [ ]	¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de Mayo de 2025.

David Alzate	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	1117960717

INSTITUCIÓN	ASUP	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	David Fernando Alzate Benjumea

ESTADO CIVIL	Soltero	X	Casado		Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	habitante de calle.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No	X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	0.

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	Marihuana, Bazuco.

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Pasar ayuda
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Seguirse cuidando.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa a los 15 días del mes de mayo de 2025

X David Alzate	X Viviana Blanco
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	1093224038

INSTITUCIÓN	H.S.V.P.	MUNICIPIO	Santa Rosa

NOMBRE COMPLETO	Miguel Angel Lopez.

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Chatarrero

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si [ ]	No [X]

¿PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [X]

¿UTILIZA CONDON?	Si [X]	No [ ]	FRECUENCIA	Siempre [X]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [X]	No [ ]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Exclaimp

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	0

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [X]	HOMOSEXUAL [ ]	BISEXUAL [ ]	PERINATAL [ ]	TRANSFUSIONAL [ ]	USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? Marihuana

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Buscaria Tto.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Cuidarse
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Abumido
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? Si [X] No [ ]	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa de C a los 15 días del mes de Mayo de 2025.

x [signature] PACIENTE O ACUDIENTE	x [signature] ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / Mayo / 2025	1088295652.

INSTITUCIÓN	H.S.U.P.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Jose Heiman Gomez Gonzalez.

ESTADO CIVIL	Soltero [X]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [ ]

OCUPACIÓN	Ambulante de Calle Lava Motas

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si [ ]	No [X]

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]

¿UTILIZA CONDÓN?	Si [X]	No [ ]	FRECUENCIA	Siempre [ ]	Parcialmente [X]	Nunca [ ]

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	No tiene Pareja.
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [ ]	No [X]	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL [ ]	HOMOSEXUAL [ ]	BISEXUAL [ ]	PERINATAL [ ]	TRANSFUSIONAL [ ]	USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? Marihuana

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Abrumado
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	feliz.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Contento

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si [X]	No [ ]	¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si [X] No [ ]

autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa. a los 15 días del mes de Mayo de 2025.

H.R.	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 25	24.627.267

INSTITUCIÓN	HSVP	MUNICIPIO	Sto Domingo

NOMBRE COMPLETO	Luz Hanna Morales

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado	X	Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	ama de casa

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si		No	X

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si		No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	No le gusta

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	X	No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Buscar ayuda
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	tranquila.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	tranquila

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si		No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los ____ días del mes de 05 de 25

X No firma.	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 25	1005419563.

INSTITUCIÓN	H S.V.P.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Angi Thiana Gomez

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado		Unión Libre	X	Separado	

OCUPACIÓN	Ama de Casa.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	√	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si		No	X	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUE NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	√	No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISION

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	NO se que Reacion Tomar
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Tranquilidad
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	BIEN.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	SI	√	No		¿POR QUÉ?	Conocimiento

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los ___ días del mes de 05 de 25

Angi Gomez	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 25	1.004.682.012

INSTITUCIÓN	HSVP.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Maria Cristina amaya Taborda.

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado		Unión Libre	X	Separado	

OCUPACIÓN	Ama de casa.

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si		No	X	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Pareja Estable.

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	X	No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL		HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Buscar ayuda.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Feliz.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Tranquila

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los 25 días del mes de 05 de 25

V Cristina Amaya PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 25	1088251601 C

INSTITUCIÓN	HUSP.	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Diana Hayuri Osorio

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado	X	Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	Psicologa

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	X	No		POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	X	No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?	

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Iniciar tratamiento

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	nada

¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Bien.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la Institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en _____ a los ____ días del mes de Mayo de 25

PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 25	33.966.302

INSTITUCIÓN	HVSP	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Viviana Henao Morales

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado		Unión Libre	X	Separado	

OCUPACIÓN	ama de casa

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	SI		NO	X

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre		Parcialmente		Nunca	X

¿UTILIZA CONDÓN?	SI		NO	X	FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	SI		NO	X	POR QUÉ NO LO UTILIZA	No utiliza

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	SI		NO	X	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Buscar ayudarla
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Tranquila
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Bien

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	SI	X	NO		¿POR QUÉ?	

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, SI X NO ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Sta Rosa P a los ___ días del mes de 05 de 25

Viviana Henao	X
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	1093226729.

INSTITUCION	HUSP	MUNICIPIO	Stà Rosa

NOMBRE COMPLETO	Kelly Tatiana Rico Molina.

ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado
			✓	

OCUPACIÓN	Higienista Oral

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	No
	✓	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	Parcialmente	Nunca
	✓		

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	No	FRECUENCIA	Siempre	Parcialmente	Nunca
		✓				✓

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	No	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Pareja Estable.
		✓		

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	No	¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1
	✓			

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	HOMOSEXUAL	BISEXUAL	PERINATAL	TRANSFUSIONAL	USUARIOS
✓					

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Se desmaya.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	nada - se alegra.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Bien.

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	No	¿POR QUÉ?
	✓		

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Sí ✓ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Tatiana Rico. a los 16 días del mes de Mayo de 2025

Kelly.	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 '05 '25	33965680

INSTITUCIÓN	HSJUP	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Jenny Maricela Valencia

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado	X	Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	Aux Enfermería

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si	X	No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si	X	No		POR QUÉ NO LO UTILIZA	

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si		No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS ☐ ACCIDENTES DE TRABAJO ☐ OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Tto.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Felicidad
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Tranquilo

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	Tranquilo.

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si ___ No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Sta Rosa de C. a los 16 días del mes de 05 de 2025.

Jenny Maricela Valencia	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	No. IDENTIFICACIÓN
15 / 05 / 2025	18614773

INSTITUCIÓN	HLSVP	MUNICIPIO	Sta Rosa

NOMBRE COMPLETO	Angel Alexander Acevedo

ESTADO CIVIL	Soltero		Casado	X	Unión Libre		Separado	

OCUPACIÓN	Médico

¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si	X	No	

¿PONE EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre	X	Parcialmente		Nunca	

¿UTILIZA CONDÓN?	Si		No		FRECUENCIA	Siempre		Parcialmente	X	Nunca	

¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si		No		POR QUÉ NO LO UTILIZA	Casado Pareja estable

¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si	X	No		¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?	1

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISIÓN

HETEROSEXUAL	X	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		PERINATAL		TRANSFUSIONAL		USUARIOS	

DROGAS INTRAVENOSAS		ACCIDENTES DE TRABAJO		OTROS: Cuál?

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	TTO

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Cuidados

¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	Bien

¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH?	Si	X	No		¿POR QUÉ?	Control.

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Sta Rosa de C. a los 16 días del mes de 05 de 2025

18614773 PACIENTE O ACUDIENTE	 ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.

	FICHA DE ASESORÍA PRE TEST PARA VIH-SIDA Secretaría de Salud - Gobernación de Risaralda	Código:	MSN_CE_001_FOR_011
		Versión:	01
		Vigencia:	13/02/2015

RUTA MATERNO PERINATAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO	16 '05 '25	No. IDENTIFICACIÓN	25.164.983					
INSTITUCIÓN	HSVP.	MUNICIPIO	Sta Rosa					
NOMBRE COMPLETO	Maria Eugenia Garcia							
ESTADO CIVIL	Soltero [ ]	Casado [ ]	Unión Libre [ ]	Separado [X]				
OCUPACIÓN	ama de casa							
¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE VIH-SIDA?	Si [ ]	No [X]						
¿PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS?	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]					
¿UTILIZA CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	FRECUENCIA	Siempre [ ]	Parcialmente [ ]	Nunca [ ]		
¿UTILIZA ACTUALMENTE EL CONDÓN?	Si [ ]	No [X]	POR QUÉ NO LO UTILIZA	Pareja estable				
¿TIENE PAREJA ESTABLE?	Si [X]	No [ ]	¿CUANTAS PAREJAS HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO?					

POSIBLE MECANISMMO DE TRASMISION

HETEROSEXUAL [X] HOMOSEXUAL [ ] BISEXUAL [ ] PERINATAL [ ] TRANSFUSIONAL [ ] USUARIOS [ ]

DROGAS INTRAVENOSAS [ ] ACCIDENTES DE TRABAJO [ ] OTROS: Cuál? _____

¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (+)?	Se angustiaria y buscaria ayuda.
¿QUÉ HARÍA SI RECIBIERA UN RESULTADO (-)?	Se pone feliz.
¿CÓMO SE ENCUENTRA EMOCIONALMENTE EL PACIENTE?	
¿DEBE TOMARSE LA PRUEBA PARA VIH? SI [X] No [ ]	¿POR QUÉ?

Luego de haber recibido y entendido la información sobre el VIH-SIDA y sobre los exámenes para su Diagnóstico, Si X No ___ autorizo voluntariamente a la institución para que se me practique la prueba para VIH-SIDA.

Para constancia se firma en Santa Rosa de C a los 16 días del mes de 05 de 25

María Eugenia G.	
PACIENTE O ACUDIENTE	ENTREVISTADOR

NOTA: Si el paciente no dispone de conocimientos adecuados sobre el VIH-SIDA, explíquele de manera clara y sencilla los aspectos más relevantes sobre mecanismos de transmisión, formas de prevención y el significado de un resultado positivo o negativo.