Versión_01_2023

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

Número de formulario

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.

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa de cabal
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Colegio Jesus
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Santa Rosa C.
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC (V) TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1057785212
3.3. Primer nombre: Kevin | 3.3.1. Segundo nombre: Danilson | 3.3.2. Primer apellido: Jimenez | 3.3.3. Segundo apellido: Ortiz

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2009 / 20 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2009 / 20 / 5 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 16

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (V) SI ○ NO | 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción | 3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud.

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (V) No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba? | **5. No. Condones**

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

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | **7. IPS de atención regular** | **Observaciones**

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: AAAA / MM / DD
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento
1.5. Municipio
1.6. Localidad/comuna
1.7. Barrio

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI (V) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT | 2.2. Número de identificación: 1057785212
2.3. Nombres y apellidos: Kevin Danilson Jimenez Ortiz | 2.4. Régimen: S | 2.5. Aseguradora: Asmet S

3. Datos de la primera prueba | 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	○ Reactivo (V) No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo (V) Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo (V) No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. 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			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre | Firma | Cédula de ciudadanía

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.

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 Kevin. Jimenez identificado(a) con T.I
No. 1053785216 de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) 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 ( )**.

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 _____ del mes de _____ del año _____.

+Kevin Jimenez

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1031490 3359	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

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	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

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			

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa C.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Colegio de Jesus
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Santa Rosa Cabal
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC ⊗ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088912925

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Viviana		Ortiz	Mann

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2009 | 9 | 28
3.6.1 Edad en años cumplidos: 16

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Salud total

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ⊗ No presenta síntomas

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

5. No. Condones

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

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | 7. IPS de atención regular | Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: AAAA MM DD
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONG ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento
1.5. Municipio
1.6. Localidad/comuna
1.7. Barrio

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ⊗ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT 2.2. Número de identificación: 1088912925
2.3. Nombres y apellidos: Viviana Ortiz M. | 2.4. Régimen: S | 2.5. Aseguradora: Salud Total

3. Datos de la primera prueba

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	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			AAAA MM DD
○ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. 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

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre | Firma | Cédula de ciudadanía

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.

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 Luciana Ortiz identificado(a) con TI No. 1038912925 de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) 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 ( )**.

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 ____ del mes de _____ del año ____.

Luciana Ortiz Marin

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: 1038912925
Tipo y número de identificación: TI

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba

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	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

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			

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Santa Rosa Cabal
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Colegio de Jesus
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa cabal
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ⊘ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1089608196
3.3. Primer nombre: Miller | 3.3.1. Segundo nombre: Jady | 3.3.2. Primer apellido: Carmona | 3.3.3. Segundo apellido: Jaramillo

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2010 | 03 | 3
3.6.1 Edad en años cumplidos: 15

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊘ SI ○ NO | 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Salud total

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

5. No. Condones

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

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | 7. IPS de atención regular | Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: AAAA MM DD
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento
1.5. Municipio
1.6. Localidad/comuna
1.7. Barrio

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ⊘ TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT | 2.2. Número de identificación: 1089608196
2.3. Nombres y apellidos: Miller Jady Carmon | 2.4. Régimen: S | 2.5. Aseguradora: S total

3. Datos de la primera prueba

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	○ Reactivo ⊘ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ⊘ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ⊘ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. 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			

5. Se toman muestras para prueba complementarias: ○ SI ○ NO Cuáles: ○ Sífilis ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre | Firma | Cédula de ciudadanía

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.

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 Miller Yecid Carmona identificado(a) con TI No. 1089608196 de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) 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 ( )**

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 ____ del mes de _____ del año ____.

Miller Carmona

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: TI 1089608196	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

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	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

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			

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Sta Rosa. Cabal
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad:
1.6. Lugar de la actividad: Colegio Jesus
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Sta Rosa Cabal
2.3. Localidad/comuna
2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC (V) TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088831494

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Danna	Carolina	Ocampo	Arango

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2022 / 11 / 20 | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: AAAA / MM / DD
3.6.1 Edad en años cumplidos: 16

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

5. No. Condones

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

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) | 7. IPS de atención regular | Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: AAAA / MM / DD
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento
1.5. Municipio
1.6. Localidad/comuna
1.7. Barrio

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC (X) TI ○ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT 2.2. Número de identificación: 1088831494
2.3. Nombres y apellidos: 1088831494 Danna C. | 2.4. Régimen | 2.5. Aseguradora

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: AAAA / MM / DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
○ VIH	○ Reactivo (X) No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo (X) Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo (X) No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rapida 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			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre | Firma | Cédula de ciudadanía

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.

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 Danna Carolina Ocampo identificado(a) con No. 1088314494 de 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) 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 ( )**.

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 ____ del mes de _____ del año ____.

DANA OCAMPO

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: X 321 361 5848	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

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	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

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			

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía

Versión_01_2023

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

Número de formulario

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.

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento

1.2. Municipio

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad: colegio de jesus

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento

2.2. Municipio

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT

3.2. Número de identificación 1005813840

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Darron	Steven	Diaz	Echeverry

SERVICIO

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación AAAA MM DD | ○ POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer ○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento 2005 | 9 | 19

3.6.1 Edad en años cumplidos 19

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción

3.8.1. Nombre de la aseguradora Sfalud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS

○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ○ No presenta síntomas

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

5. No. Condones

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa ○ Servicio de salud IPS/ESE ○ Amigo/a ○ Líder/Lideresa sociedad civil

○ Motivación propia ○ Autotest Positivo ○ Autotest Negativo ○ Interés en PrEP ○ Redes Sociales/Casuales ○ www.tecuidamos.com.co

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) 7. IPS de atención regular Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha AAAA MM DD

1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra

1.3. Nombre de la institución/organización

1.4. Departamento

1.5. Municipio

1.6. Localidad/comuna

1.7. Barrio

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento ○ RC ○ TI ⊗ CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT 2.2. Número de identificación 1005813840

2.3. Nombres y apellidos Darron Diaz | 2.4. Régimen S | 2.5. Aseguradora Sfalud

3. Datos de la primera prueba

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	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Anticuerpos ○ Antígenos/anticuerpos			
○ Sífilis	○ Positivo ⊗ Negativo	○ Anticuerpos			
○ Hepatitis B	○ Reactivo ⊗ No reactivo	○ Antígenos			
○ Hepatitis C	○ Reactivo ○ No reactivo	○ Anticuerpos			

4. 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			

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

6. Datos de quien realiza la prueba | Nombre | Firma | Cédula de ciudadanía

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.

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 Dairon Steven Diaz identificado(a) con CC No. 1058135840 de _____ 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 ( ) 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 ( ) 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 ( ) 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 _____ o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud **SI ( ) 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 ( )**.

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 ____ del mes de _____ del año ____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación:	Tipo y número de identificación:

7. Datos de la primera prueba

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	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			

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			

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	Firma	Cédula de ciudadanía