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 Jennifer Jaramillo Vivas identificado(a) con 1088004350 No. _____ 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 04 del mes de Junio del año 2025

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jennifer Jaramillo	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1088004350	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
◯ VIH	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos ◯ Antígenos/anticuerpos			AAAA MM DD
◯ Sífilis	◯ Positivo ◯ Negativo	◯ Anticuerpos			AAAA MM DD
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA MM DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA MM DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

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

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

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

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre	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: Risaralda
1.2. Municipio: Sta Rosa de Cabal.
1.3. Localidad/comuna:
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: La Vecindad
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Educativo
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
2.3. Localidad/comuna:
2.4. Barrio: la vecindad

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: 1193088159.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Cristian		Perez	Grisales

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: ___ | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2002 | Agost | 23
3.6.1 Edad en años cumplidos: 22 años.
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ⊗ SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE
Nueva Eps.
3.8. Régimen ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Nueva Eps.
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?

○ 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

5. No. Condones:

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)
Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular:

Observaciones:

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

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

1.1. Fecha: 17 05 06 07
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización:
1.4. Departamento: Risaralda
1.5. Municipio: Sta Rosa
1.6. Localidad/comuna:
1.7. Barrio: Centro

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: 1193088159.
2.3. Nombres y apellidos: Cristian Perez. 2.4. Régimen: 2.5. Aseguradora: Nueva Eps.

3. Datos de la primera prueba Fecha prueba rapida y entrega de resultado:

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 rapida y entrega de resultado:

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_____ identificado(a) con_____ No._____ 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 7 del mes de Junio del año 25.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: [illegible]	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1193088159	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.

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:
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: Colegio Jesús

2. Datos de residencia del usuario:

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

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: 1094273180
3.3. Primer nombre: Andrea | 3.3.1. Segundo nombre: | 3.3.2. Primer apellido: Arcila | 3.3.3. Segundo apellido: Torres

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: 2006 Jul 10 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 18

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: Nueva EPS

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: 2025 | Jun | 04
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento: Risaralda
1.5. Municipio: Santa Rosa Cabal
1.6. Localidad/comuna:
1.7. Barrio: Centro

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: 1094273180
2.3. Nombres y apellidos: Andrea Arcila | 2.4. Régimen: S | 2.5. Aseguradora: N.EPS

3. Datos de la primera prueba | Fecha prueba rápida y entrega de resultado:

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:

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 Andrea Acela Torres identificado(a) con _____ No. 1091273180 de Santa Rosa 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: (X) VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) 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 (X) NO ( ) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.**

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ 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 (X) NO ( ) No aplica ( )**

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la institución y autorizo **SI ( ) 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 ____.

Andrea Acela Torres

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Andrea Acela Torres
Tipo y número de identificación: 1091 273 180

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: Sta Rosa
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 Jesús
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: 1088824620
3.3. Primer nombre: Gisel | 3.3.1. Segundo nombre: Andrea | 3.3.2. Primer apellido: Jadino | 3.3.3. Segundo apellido: Jadino

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: A A A A M M D D | ☒ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ☒ Mujer ○ Intersexual | 3.6. Fecha de nacimiento: 2001 May 01 | 3.6.1 Edad en años cumplidos: 24
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: S. 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: 2025 Jun 09
1.2. Entidad que realiza la actividad: ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización:
1.4. Departamento: Risaralda
1.5. Municipio: Sta Rosa
1.6. Localidad/comuna:
1.7. Barrio: Centro

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: 1088824620
2.3. Nombres y apellidos: Gisel Andrea Jadino | 2.4. Régimen: S | 2.5. Aseguradora: S. Total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado:

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 rapida y entrega de resultado:

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 Gisel Andrea Ladino Ladino. identificado(a) con _____ No. 1088824620 de Santa Rosa de Cabal 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 ____.

Andrea Ladino.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Gisel Andrea Ladino Ladino.	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: CC 1088824620.	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: 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: Centro

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: 1093217981

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Brayan	Stiven	Vallejo	Salazar

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: AAAA MM DD
3.6.1 Edad en años cumplidos

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: Famisanar

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?

○ 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

5. No. Condones

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: 20 25 | Jun 04
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento: Risaralda
1.5. Municipio: Sta Rosa
1.6. Localidad/comuna: Centro
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: 1093217981
2.3. Nombres y apellidos: Brayan Stiven Vallejo 2.4. Régimen: S 2.5. Aseguradora: Famisanar

3. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado: DD MM AAAA

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: DD MM AAAA

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 Brahian Steven Vallejo Salazar identificado(a) con No. 1093217987 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 ____.

Brahian Steven Salazar

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Brahian Stiven
Tipo y número de identificación: 1093217987

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: 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 Jesol
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: 9996443269
3.3. Primer nombre: Yon
3.3.1. Segundo nombre: Jaider
3.3.2. Primer apellido: Castillo
3.3.3. Segundo apellido: Torres

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: . . | ○ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ☒ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1994 Feb 05
3.6.1 Edad en años cumplidos: 31

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: S. 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 ○ Lider/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: 2025 Jun 07
1.2. Entidad que realiza la actividad ○ SS ○ OBC ○ IPS/ESE ○ ONC ○ Otra
1.3. Nombre de la institución/organización
1.4. Departamento: Risaralda
1.5. Municipio: Sta Rosa Cabal
1.6. Localidad/comuna:
1.7. Barrio: Centro

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: 9996443269
2.3. Nombres y apellidos: Yon Jaider Castillo
2.4. Régimen: C
2.5. Aseguradora: S. Total

3. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: . . | . . | . . .

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: . . | . . | . . .

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 Yon Jaider castillo torres identificado(a) con _____.
No. 1116443269 de Tarqui 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 ____.

Yon Jaider castillo torres

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yon Jaider castillo t.	Nombre y Apellido:
Tipo y número de identificación: 1116443269	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