Fecha: _____

Nombre: _____
Número de Identificación: _____

En forma voluntaria consiento, que el funcionario: _____, de la: **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES**, me realice la toma de la Citología Cérvico Uterina y el profesional me ha informado sobre la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado las dudas y me han dicho las ventajas y desventajas del estudio.

Debo notificar al profesional de la salud la toma previa de Citología, la fecha de última menstruación, sospecha de embarazo, sangrados o tratamientos previos como histerectomía, crioterapias o enfermedades que puedan alterar el resultado.

La toma de Citología Cérvico Uterina es un examen que se realiza a las mujeres y consiste en tomar una pequeña muestra de tejido del cuello del útero; Endocervical y Exocervical para será analizada en el laboratorio de citología, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas.
Comprendo perfectamente que el procedimiento consiste en la toma de muestra de Citología Cérvico Uterina, que se va a realizar con un espéculo desechable en donde se toma una muestra con un citocepillo de la zona Endocervical (centro del cuello uterino) y con una espátula se toma una muestra Exocervical (de alrededor del cuello del útero), lo anterior se fija en una placa para posteriormente llevarlo a lectura.
Es posible que la citología genere incomodidad pélvica, molestia, sangrado, pero es un procedimiento rápido y no doloroso.
El promedio de entrega del resultado es de 8 días hábiles después de la toma. Luego de tener el resultado es importante que sea valorado por médico general o ginecólogo para que determine tratamiento y/o control.
En caso de pacientes que no han tenido vida sexual activa, pero el médico o especialista solicita la citología, es de aclarar que puede presentar rompimiento de himen, sangrado genital.
Pacientes menores de edad deben estar acompañadas de un adulto responsable como autorización a realizar la citología cervicouterina.

Doy mi consentimiento y/o autorizo para que me realicen la toma de muestra de Citología Cérvico Uterina en constancia firmo,

Firma del Paciente o Responsable: _____

Número y tipo de Identificación: _____