Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-406
		VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

28

El siguiente formato contiene información esencial para su adecuada atención o la de su familiar con respecto al proceso de venopunción o toma de muestra sanguínea. Por favor léalo detenidamente y si tiene alguna duda solicite aclaración antes de firmar.

La venopunción o toma de muestra sanguínea es un procedimiento que se realiza para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, los cuales son importantes para realizar exámenes de laboratorio, y cuyos resultados permiten conocer si el paciente presenta o no la condición para la cual se realizó el examen. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

RIESGOS

- *En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción, el paciente sentirá un leve dolor tipo pinchazo o pellizco.*
- *En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor moderado, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales*
- *En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.*
- *Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones por favor comuníquese con el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca al teléfono 57-1-4112025.*

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 3-DIC-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Gonzalo Gonzalez Verano IDENTIFICACIÓN: CC 79813047

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 29 / 03 / 1978 EDAD: 47 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Independiente EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3124446445

VEREDA: Limones DIRECCIÓN: _____

Yo, Gonzalo Gonzalez Verano en mi condición de Paciente identificado con documento No. 79813047, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

Así mismo, bajo la condición de paciente y/o acudiente autorizo la toma de muestra correspondiente al menor de edad involucrado. Certifico que he sido informado acerca del estudio de **enfermedad de chagas** a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha explicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedimiento a seguir.

En razón a que soy consciente que el paciente debe manifestar su conocimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal (en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconciencia, alteración mental), este conocimiento otorgado para el acto médico será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada.

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: **toma de muestras para la realización de anticuerpos contra tripanosoma cruzi-enfermedad de chagas serología**
Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

En constancia firmo el presente **CONSENTIMIENTO** para autorizar el procedimiento marcado en el cuadro anterior.

Gonzalo Gonzalez V.		Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de Enfermaria
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N° 79 813 047	Identificación N°	Identificación N°

RECHAZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO
Rechazo la toma de muestras y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente o Acudiente
CC

NOTA: TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO SON DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO.

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo labsalud@cundinamarca.gov.co