Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364 VERSIÓN: 04 FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

STITUCIÓN REMITENTE: ESE Centro de Salud de Ricaurte	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:
UNICIPIO: Nilo - Cundinamarca	TEMPERATURA DE ENVÍO:
RECCIÓN: cll 4 N14B-22	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:
LEFONO: 3222476141	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: 09 DIC 2023
MAIL INSTITUCIONAL: CoordinacionConvenios-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 11:59
OFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Karim Giselle Ortegon Parra	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: AM23

No. consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			<5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		23-11-25	David Ramirez Lozano		X	T.I	1069926367		X				Nilo	Limones	Disentimiento
2		23-11-25	Emily Celeste Garcia	X		RC	1069925357	X					Nilo	San Jeronimo	Disentimiento
3		23-11-25	Shirly Katalega Neira Ramos	X		RC	1072114470	X					Nilo	San Jeronimo	Disentimiento
4		23-11-25	Hiutham Jassiel Carranza Alvarez		X	RC	1069926559	X					Nilo	Bellavista	Disentimiento
5		24-11-25	Maria Leonor Montoya Betancourt	X		RC	1106903813	X					Nilo	Tolemaida	Disentimiento
6		24-11-25	Erick Santiago Barrios Perea		X	TI	1105841462		X				Nilo	Tolemaida	Disentimiento.
7		24-11-25	Samantha Boada	X		RC	1070401732		X				Nilo	Tolemaida	Disentimiento
8		24-11-25	Juan David Mosquera Herrera		X	TI	1029966932		X				Nilo	Tolemaida	Disentimiento.
9		25-11-25	Laura Sofia Caicedo Barcenas	X		RC	1070635692	X					Nilo	Tolemaida	Disentimiento
10		25-11-25	Luis Angel Iache Arias		X	RC	1072113186		X				Nilo	Tolemaida	Disentimiento
11		25-11-25	Emy Yosso ortiz Costa	X		RC	1106903707	X					Nilo	Tolemaida	Disentimiento
12		25-11-25	Isabella Ramos Polo	X		RC	1025911045	X					Nilo	La Palmita	Disentimiento

C: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

SERVACIONES:

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

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Gobernación de CUNDINAMARCA	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Remisión TOMA DE MUESTRA PLAN DE INTERRUPCION DE LA TRANSMISION DE T. cruzi por R. prolixus Intradomiciliario	CÓDIGO: M-PDS-GSP-LSP-FR-364 VERSIÓN: 04 FECHA DE APROBACIÓN: 2023-12-12

INSTITUCIÓN REMITENTE: E.S.E Centro de Salud de Ricaurte	**Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:**
MUNICIPIO: Nilo-Cundinamarca	**TEMPERATURA DE ENVÍO:**
DIRECCIÓN: Calle 4 Nº 14B-22 B/ El Resbe	**TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:**
TELEFONO: 3175528874	**FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:** 09 DIC 2025
E-MAIL INSTITUCIONAL: coordinadorconvenios-esenese.ricaurte-cundinamarca.gov.co	**HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):** 11:09 AM
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Pilar Andrea Acosta Nuñez	**RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:**

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			<5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
13		23-11-2025	Vaioleth Juliana Ospina Sanchez	X		RC	1069976527	2				NO	Nilo	V. Bellavista	domiciliario
14		23-11-2025	Lyam Adiran Granados Tovar		X	RC	1070631383	4				NO	Nilo	V. San Jeronimo	domiciliario
15		23-11-2025	Eymi Daniela Nuñez Escamilla	X		RC	1069976578	8M				NO	Nilo	V. Limones	domiciliario
16		23-11-2025	Danna Ramirez Lozano	X		T.I	1069976017		9			NO	Nilo	V. Limones	domiciliario
17		23-11-2025	Noah Santiago Salamanca Castaño		X	R.C	1069976563	1				NO	Nilo	V. San Jeronimo	domiciliario
18		24-11-2025	Zalma Arteaga Vides	X		T.I	1092186009		10			NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
19		24-11-2025	Jaret Mauricio Arteaga		X	RC	1034579845	1				NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
20		24-11-2025	Valeria Rios Bustos	X		R.C	1122138116		5			NO	Nilo	V. Esmeralda	domiciliario
21		24-11-2025	Eileen Beinal Ramirez	X		R.C	1072682161	16M				NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
22		24-11-2025	Ian Samuel Lache Arias		X	R.C	1072115134					NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
23		24-11-2025	Abi Ortiz Costa	X		R.C	1106902709		6			NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
24		24-11-2025	Lia Julieth Bermudez Perez	X		RC	1096077556	3				NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
25		24-11-2025	Christopher Morales Espinal		X	RC	1099139524	9M				NO	Nilo	Tolemaida	domiciliario
26		28-11-2025	Irangelis Anthonella Caubal Diaz	X		R.C	1070633042	3				NO	Nilo	B. Progreso	domiciliario
27		28-11-2025	Jesus Kenar Carvajal		X	R.C	1069976546	2				NO	Nilo	B. Tamarindo	domiciliario

LSPC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

OBSERVACIONES: _____

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

Calle 21ª N° 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Powered by CamScanner

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

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 Cundinamarca 23 Nov 25

NOMBRE DEL PACIENTE: David Ramirez Lozano IDENTIFICACIÓN: TI 1069926367

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27/09/2018 EDAD: 7 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Salud total REGIMEN: Contributivo. TELÉFONO: 3104774142

VEREDA: Limones. DIRECCIÓN: ___

Yo, Hiutsi Lozano R. en mi condición de Madre identificado con documento No. 1069925316, 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.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Karim Giselle Ortegon Firma de responsable Venopunción Nombre Karim Giselle Ortegon Identificación Nº 1090614335

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

Hiutsi Lozano
Firma del paciente o Acudiente
CC 1069925316

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

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

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/ Cundinamarca 23/Nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Emily Celeste Garcia IDENTIFICACIÓN: RC 1069925357

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23 / 09 / 2023 EDAD: 2 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: _____ EPS: Salud total REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3244228114

VEREDA: San Jerónimo DIRECCIÓN: _____

Yo, Juliana Diaz en mi condición de Madre identificado con documento No. 1003555860 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.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Karim Giselle Oltegon Firma de responsable Venopunción Nombre Karim Giselle Oltegon Identificación Nº 1070614335

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

Juliana Diaz
Firma del paciente o Acudiente
cc 1003555860.

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

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

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 Cundinamarca 23/Nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Shirly Katalleya Neira Ramos IDENTIFICACIÓN: RC 1072114470

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 8 / 11 / 2021 EDAD: 4 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: _____ EPS: Salud total REGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3243057929

VEREDA: San jeronimo DIRECCIÓN: _____

Yo, Nataly Ramos Ortiz en mi condición de Madre identificado con documento No. 1069925961, 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.

_____ Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Kelim Giselle Ortegon Firma de responsable Venopunción Nombre Kelim Giselle Ortegon Identificación Nº 1020614335

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

Nataly Ramos Ortiz
Firma del paciente o Acudiente
CC 1069925961

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

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

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 Cundinamarca 23/Nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Nathan Jassiel Cawanza Alvarez IDENTIFICACIÓN: RC 1069926559

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 24/07/2024 EDAD: 14 M GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: _____ EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3244764259

VEREDA: Bellavista DIRECCIÓN: _____

Yo, Yuvleidy Alvarez en mi condición de madre identificado con documento No. 1117816168, 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.

		Karen Giselle Ortegon A
Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Firma de responsable Venopunción Nombre Karen Giselle Ortegon Identificación N° 1010614335

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

Yuvleidy Alvarez.
Firma del paciente o Acudiente
CC 1117816168

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

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

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 Cundinamarca 24-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Leonor Montoya Betancourt IDENTIFICACIÓN: RC 1106903813

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10/03/2025 EDAD: 8M GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3117252089

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Valentina Betancourt en mi condición de madre identificado con documento No. 1004826420, 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.

		KARIM GISELLE ORTEGON.
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Valentina B.C.
Firma del paciente o Acudiente
CC 1004826420

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

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

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 Cundinamarca 24-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Santiago Barrios Pena IDENTIFICACIÓN: T.I 1105841462

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/02/2018 EDAD: 7 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M —

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3143264484

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Karen Elizabeth Pena Rojas en mi condición de Madre identificado con documento No. 1106893672, 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.

		KAREN GISELLE ORTEGON
Firma del Paciente Nombre Identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N°	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1070611335

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 1106893672

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

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

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/cundinamarca 24-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Samantha Rozo. IDENTIFICACIÓN: RC 1070401732

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 18 / 01 / 2020 EDAD: 5A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3202530693

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Jennifer Tatiana Rodriguez en mi condición de madre. identificado con documento No. CC 1070981407 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.

		Karen Giselle Ortega
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Tatiana Rodriguez.
Firma del paciente o Acudiente
CC 1070981407

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

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

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/cundinamarca. 24-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan david mosquera herrera. IDENTIFICACIÓN: TI 1029966932

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 11/09/2014 EDAD: 11A. GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante. EPS: sanidad militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3226332662

VEREDA: Tolemaida. DIRECCIÓN: _____

Yo, Juan carlos mosquera L. en mi condición de Padre. identificado con documento No. 82363318. 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.

		KAROL GISELLE ORTEGON.
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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 82363318.

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

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

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/ cundinamarca. 25-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Laura Sofia Caicedo Bancenas IDENTIFICACIÓN: RC 1070635692

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 10 / 03 / 2025 EDAD: 8M GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3217593183

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Monly Bancenas en mi condición de madre identificado con documento No. 1070624640., 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.

		Karen Giselle Ortega
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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 1070624640

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

Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utiiizar 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

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

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/Cundinamarca. 25-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Luis Angel Lache Arias IDENTIFICACIÓN: RC 1072113186

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03/01/2019 EDAD: 6A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3213175272

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Maria Cristina Arias en mi condición de madre identificado con documento No. 1033339362, 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.

		Karim Giselle Ortegon
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Cristina Arias
Firma del paciente o Acudiente
CC 1033339362

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

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

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 Cundinamarca 25-NOV-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Emy Yoosu Ortiz Costa IDENTIFICACIÓN: RC 1106903707

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22/10/2024 EDAD: 1 año GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3013995676

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Hanni Costa Garcia en mi condición de Madre identificado con documento No. 1193214967 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.

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción ESTHER GISELLE ORTEGON Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Hanni Costa
Firma del paciente o Acudiente
CC 1193214967

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

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

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 / Cundinamarca 25-NOV / 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Isabella Ramos Polo IDENTIFICACIÓN: RC 1025911045

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 15 / 04 / 2023 EDAD: 2 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Jardin EPS: Sura REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3157526543

VEREDA: La palmita DIRECCIÓN: ___

Yo, Ana Maria Polo H en mi condición de Madre identificado con documento No. 1038114550, 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.

		KARIM GISELLE ORTEGON
Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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 1038114550

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