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 Ricaurte	**Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:**
MUNICIPIO: Nariño	**TEMPERATURA DE ENVÍO:**
DIRECCIÓN: Calle 4 N° 14 B-22 B/el Pesebre	**TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:** 6.1°C
TELEFONO: 3102704737	**FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:** 09 DIC 2025
E-MAIL INSTITUCIONAL: Centrodesalud-ese@ese-ricaurte	**HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):** 11:59 AM
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Janna Buitrago	**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				
01		25/11/25	Emily Samara Bonilla	X		RC	1070634821	1					Nariño	Garbanzal	Suero
02		25/11/25	Jhoan Sebastian Ordonez		X	TI	1109126036		13				Nariño	Centro	Suero
03		25/11/25	Evelin Tatiana Vesga	X		TI	1014486665		13				Nariño	Centro	Suero
04		25/11/25	Liliana Rodriguez	X		TI	1072073521		12				Nariño	Inmaculada	Suero
05		25/11/25	James Gerard Lozano		X	TI	1014486804		11				Nariño	Centro	Suero
06		25/11/25	Juan Jose Zabala		X	TI	1014486716		12				Nariño	B/el portal	Suero
07		25/11/25	Naira Tatiana Brinez Tabares	X		TI	1014416752		12				Nariño	villa magdalena	Suero
08		25/11/25	Natali Sofia Quintero	X		TI	1033429480		12				Nariño	B/el portal	Suero
09		25/11/25	Kevin Giovan Basurdo Cantor		X	TI	1014941[illegible]3426		11				Nariño	B/el portal	Suero
10		25/11/25	Nestor Augusto Rodriguez		X	TI	1024569269		12				Nariño	B/san jose	Suero
11		25/11/25	Miguel Angel Garzon		X	TI	1109258991		12				Nariño	B/fatima	Suero
12		25/11/25	Keidy Garzon Valencia	X		RC	1014467072	4					Nariño	B/divino niño	Suero
13		25/11/25	Nahomi Garzon Valencia	X		RC	1014487072	4					Nariño	B/divino niño	Suero
14		25/11/25	Ivan Oviedo		X	RC	1030630240	4					Nariño	reforma	Suero
15		26/11/25	Yanial del Mar Hernandez	X		RC	1030626698	4					Nariño	Reforma	Suero

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

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 Ricaurte	**Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:**
MUNICIPIO: Nariño	**TEMPERATURA DE ENVÍO:**
DIRECCIÓN: Calle 4 N° 14 B-22 B/el Pesebre	**TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:**
TELEFONO: 3102744937	**FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:**
E-MAIL INSTITUCIONAL: centrodesalud-ese@ese-ricaurte	**HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):**
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Jandio Buitrago	**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				
16		26/11/25	Shaira Michelle Hernandez	X		TI	1070629765		6				Nariño	Reforma	Suero
17		26/11/25	Alvaro sebastian Ruiz		X	TI	1070587007		14				Nariño	Garbanzal	suero
18		26/11/25	Juan Diego Daza		X	TI	1030557503		14				Nariño	Buscavida	suero
19		26/11/25	Jhoslin Javier Marin		X	TI	1070630240		12				Nariño	Reforma	suero
20		26/11/25	Diego sebastian Caceres		X	TI	1073241912		13				Nariño	escaños	suero
21		26/11/25	Johan Rojas Rojas		X	TI	1072102193		14				Nariño	B/Fatima	suero
22		26/11/25	Willy Alejandro Sarabia		X	TI	1070634195		14				Nariño	Garbanzal	suero

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

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: Nariño 25-Nov-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Emily Samara Bonilla IDENTIFICACIÓN: RC. 1070634821

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 02/04/2024 EDAD: 19 M GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3134082847

VEREDA: Cavbanzal DIRECCIÓN: _____

Yo, Monica Salazar en mi condición de Madre identificado con documento No. 1070623146, 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 Enf 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: enfermedad de chagas

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	Monica Salazar Firma del Acudiente Nombre Monica Salazar Identificación Nº 1070623146	Jhonnin Buitrago Firma de responsable Venopunción Nombre Jhonnin Buitrago Identificación Nº 1053329440

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

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: Pasca Cundinamarca TI
NOMBRE DEL PACIENTE: Jhoan Sebastian ardoñez IDENTIFICACIÓN: 1.069.770.056
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 25/07/2012 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M X
OCUPACION: Estudiante. EPS: Salud Total REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3182902371
VEREDA: Pasca DIRECCIÓN: casa 3 Manzana A

Yo, Bibiana Marcela Masmela en mi condición de acudiente identificado con documento No. 1074486497, 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 tamizaje 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: Muestra de sangre

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.

sebastian	Bibiana M.	
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Jamin Buitrago
Identificación Nº	Identificación Nº	Identificación Nº 1033329940

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

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: Nariño C. 25 - 11 - 2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Evelin Tatiana Vesga IDENTIFICACIÓN: TI 1074486665
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 2012/19/04 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___
OCUPACION: Estudiante EPS: famisanar REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3227172966
VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Calle 4 carrera 4 casa 8

Yo, Edilson Vesga cardenas en mi condición de Padre identificado con documento No. 1074486068, 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 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: chagas

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.

tatiana vesga Firma del Paciente Nombre tatiana vesga Identificación N° 1074486665	Edilson Vesga Cardenas Firma del Acudiente Nombre Edilson Vesga Identificación N° 1074486068	Jasmin Buitrago Firma de responsable Venopunción Nombre Jasmin Buitrago Identificación N° 1033329440

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

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: Nariño - 25/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Liliana Rodriguez IDENTIFICACIÓN: TI 1012073552

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 03 / 03 / 2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3222987026

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: B/Inmaculada

Yo, Sandra Milena Tique en mi condición de acudiente identificado con documento No. 39585069, 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 EAS 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: EAS Chagas

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 Liliana Rodriguez Identificación N° 1012073552	Firma del Acudiente Nombre Sandra Tique Identificación N° 39585069	Firma de responsable Venopunción Nombre Jana Buitrago Identificación N° 1053329440

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

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: Nariño Cund 24-11-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: James Gerard lozano M IDENTIFICACIÓN: TI 1074486804

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 11 / 08 / 2014 EDAD: 11 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanitas. REGIMEN: Sisiado TELÉFONO: 3205218019

VEREDA: El portal DIRECCIÓN: Mz A Casa 10

Yo, Miximiliana Lozano en mi condición de Acudiente identificado con documento No. 1074486951, 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 Enfer del 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: enfermedad del chagas

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.

JAMES Firma del Paciente Nombre James Gerard L. Identificación Nº 1074186804	Miximiliana Lozano. Firma del Acudiente Nombre Miximiliana L. Identificación Nº 1074186951	Firma de responsable Venopunción Nombre [illegible] Identificación Nº [illegible]

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

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: Nocaima 25/11/23

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Jose zabala IDENTIFICACIÓN: TI 1074486716

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09 / 05 / 2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3105539061

VEREDA: ___ DIRECCIÓN: Mz B Cs 9 B El Portal

Yo, Luis Ernesto zabala en mi condición de acudiente identificado con documento No. 3057028, 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 enf 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: enfermedad de chagas

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.

Juan Jose z Firma del Paciente Nombre Juan Jose zabala Identificación Nº 1074486716	Luis Z. Firma del Acudiente Nombre Luis zabala Identificación Nº 3057028	Firma de responsable Venopunción Nombre Jannia Buitrago Identificación Nº 1053829456

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

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: Nariño 25-11-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Naira tatiana Briñez Tabares IDENTIFICACIÓN: TI 1074416752

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13/10/13 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M___

OCUPACION: Estadiante EPS: Sanitas REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3227783809

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: B/ villa del magdalena

Yo, Leidi Tabares Barros en mi condición de Madre identificado con documento No. 1074486780 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 enf 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: enfermedad de chagas

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.

Naira Briñez Firma del Paciente Nombre Naira tatiana Briñez Identificación Nº 1074416752	Leidi Tabares Firma del Acudiente Nombre Leidi Tabares Barros Identificación Nº 1074486780.	Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº

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

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: Nariño - 25/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Natali Sofia Quintero IDENTIFICACIÓN: TI 1053412480

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09 /03 /2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Fuerzas Militares REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3123686603

VEREDA: ✓ DIRECCIÓN: B/Portal

Yo, Yamile Ramirez en mi condición de acudiente identificado con documento No. 3025819, 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 Enf 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: Enfermedad de Chagas

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.

Natali Sofia Q... Firma del Paciente Nombre Natali Quintero Identificación N° 1053412480	Yamile Ramirez Firma del Acudiente Nombre Yamile Ramirez Identificación N° 3025819	Firma de responsable Venopunción Nombre Tamara Buitrago Identificación N° 1053339848

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

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: 25 - Noviembre - 2025
NOMBRE DEL PACIENTE: Kevin GiOvani Bazurto Cantor IDENTIFICACIÓN: TI 1078943426
FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12 / 02 / ____ EDAD: 11 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X
OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3125693256
VEREDA: Novio Condi DIRECCIÓN: mz-A Casa-29 B/El portal

Yo, Marby Medina en mi condición de acudiente identificado con documento No. 20755659, 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 Enf 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: Enfermedad de Chagas

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.

Kevin Bazurto Firma del Paciente Nombre Kevin Bazurto Identificación N°1078943426	Marby Medina Firma del Acudiente Nombre Marby Medina Identificación N°20755659	Jarma Bertrago Firma de responsable Venopunción Nombre Jarma Bertrago Identificación N°1033729440

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

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: Nariño 25/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Nestor augusto rodriguez IDENTIFICACIÓN: TI 1024569269

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 21/08/2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: sanitas REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3502728965

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: mz C lote 3 barrio san jose

Yo, Sofia Garcia en mi condición de acudiente identificado con documento No. 20756009, 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 Enfde 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: Enfermedad de Chagas

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.

Nestor Firma del Paciente Nombre Nestor Rodriguez Identificación N° 1024569269	Sofia Garcias Firma del Acudiente Nombre Sandra G. Identificación N° 20756009	Firma de responsable Venopunción Nombre Jasmin Beltrago Identificación N° 1033529990

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

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: Nariño - 25/11/23

NOMBRE DEL PACIENTE: Miguel Angel Garzon IDENTIFICACIÓN: TI 1110928991

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 29 / 08 / 2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: salud total REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3102516487

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Barrio fatima

Yo, Noralba Garzon en mi condición de acudiente identificado con documento No. 20755877, 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 Enf 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: enfermedad de Chagas

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.

Miguel Garzon	Noralba	
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Miguel Garzon	Nombre Noralba Garzon	Nombre Jannin Beltrago
Identificación Nº	Identificación Nº 20755877	Identificación Nº 1053329440

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

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: Nariño - 23/11/23

NOMBRE DEL PACIENTE: Keidy Garzon Valencia IDENTIFICACIÓN: RC 1074467072

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 04 / 12 / 2020 EDAD: 4 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: N/A EPS: Salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3203879094

VEREDA: _____ DIRECCIÓN: Barrio Fátima niño

Yo, Leidy Valencia en mi condición de acudiente identificado con documento No. 1070297625, 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 ENF 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: Enfermedad de Chagas

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	Leidy Valencia Firma del Acudiente Nombre Leidy Valencia Identificación Nº 1070297625	Jamon Beltrago Firma de responsable Venopunción Nombre Jamon Beltrago Identificación Nº 1053329440

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

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: Nariño 25/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Mahomi Garzon Valencia IDENTIFICACIÓN: CC 1074487072

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 04 / 12 / 2020 EDAD: 4 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: N - A EPS: Salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3227179094

VEREDA: N/A DIRECCIÓN: Barrio divino niño

Yo, leidy valencia en mi condición de acudiente identificado con documento No. 1070297625, 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 Enf 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: Enfermedad de Chagas

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	Leidy Valencia Firma del Acudiente Nombre leidy valencia Identificación Nº 1070297625	Firma de responsable Venopunción Nombre Jarmin Buitrago Identificación Nº 1053329440

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

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: 25/11/25 Nariño

NOMBRE DEL PACIENTE: Lyan Arjuela IDENTIFICACIÓN: RC. 1070830240

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 12 / 2020 EDAD: 4 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA x SEXO: F___ M x

OCUPACION: _____ EPS: Sanitas REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3112789934

VEREDA: Reforma DIRECCIÓN: _____

Yo, Xiomara Marin en mi condición de Madre identificado con documento No. 1070606720, 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 ene 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: enfermedad de chagas

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.

_____	Xiomara Marin	Jann Beltrago F.
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre Xiomara Marin	Nombre Jann Beltrago
Identificación Nº	Identificación Nº 1070606720	Identificación Nº 1053329440

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

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: Nariño 26/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: tanial del mar Hernandez IDENTIFICACIÓN: RC 1070626698

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 05/03/2021 EDAD: 4 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: _____ EPS: salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3132532494

VEREDA: Reforma DIRECCIÓN: _____

Yo, sharith ximena cardozo en mi condición de acudiente identificado con documento No. 1071062455, 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 Enf del 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: enfermedad del chagas

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	Sharith cardozo Firma del Acudiente Nombre sharith ximena Identificación Nº 1071062455	Jeanna Buitrago Firma de responsable Venopunción Nombre Jeanna Buitrago Identificación Nº 1033724440

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

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: Nariño 26/11/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Shaira Michelle Hernandez IDENTIFICACIÓN: TI 1070629765

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 14 /06 /2019 EDAD: 6 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: Estudiante EPS: Salud total REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3132532494

VEREDA: Reforma DIRECCIÓN: _____

Yo, Sharit Ximena Cardozo en mi condición de acudiente identificado con documento No. 1074062455, 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 EOS 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: enfermedad de chagas

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	Sharith Cardozo Firma del Acudiente Nombre sharit cardozo Identificación Nº 1074062455	Jam BF Firma de responsable Venopunción Nombre Jamin Buitrago Identificación Nº 1033324440

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

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: 26/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Alvaro Sebastian Ruiz Guzman IDENTIFICACIÓN: TI 1070587007

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20 / 11 / 2011 EDAD: 14 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M___ X

OCUPACION: Estudiante EPS: Salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3046552231

VEREDA: Garbanzal DIRECCIÓN: _____

Yo, Angelica Guzman en mi condición de Madre identificado con documento No. 39581185, 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 ENF 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: Enfermedad de Chagas

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.

Alvaro Ruiz		Jannin Ordtrago
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Alvaro Ruiz	Nombre Angela Guzman	Nombre Jannin Ordtrago
Identificación N° 1070587007	Identificación N° 39581185	Identificación N° 1053329440

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

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: Nocaima 26/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Diego Daza Lopez IDENTIFICACIÓN: TI 1030567503

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27 /01 /2011 EDAD: 14 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: estudiante EPS: salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3119309257

VEREDA: rascania DIRECCIÓN: _____

Yo, Gina Alexandra Daza Lopez en mi condición de Acudiente identificado con documento No. 23306752, 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 ENF 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: Enfermedad de Chagas

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.

Juan diego D.	Gina Daza	Jhonn Buitrago P.
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Juan diego daza	Nombre Gina Alexandra daza	Nombre Jhonn Buitrago
Identificación N° 1030567503	Identificación N° 23306752	Identificación N° 1033329440

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

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: Nariño 26/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Jhoslin Javier Mario IDENTIFICACIÓN: TI 1070630240

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07 / 01 / 2013 EDAD: 12 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanitas REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3112799824

VEREDA: Reforma DIRECCIÓN: _____

Yo, Xiomara Mario en mi condición de Madre identificado con documento No. 1070686720, 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 enf 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: enfermedad de chagas

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.

Jhoslin Javier Firma del Paciente Nombre: Jhoslin Mario Identificación Nº 1070630240	Xiomara Mario Firma del Acudiente Nombre Xiomara Mario Identificación Nº 1070686720	Jeanin Buitrago F. Firma de responsable Venopunción Nombre Jeanin Buitrago Identificación Nº 1033329440

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

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

20

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: 26/11/25 Nariño

NOMBRE DEL PACIENTE: diego sebastian caceres IDENTIFICACIÓN: TI 1073241912

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20 / 05 / 2012 EDAD: 13 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M X

OCUPACION: estudiante EPS: famisanar REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3138135654

VEREDA: Escaños DIRECCIÓN: _____

Yo, yeimi ferro en mi condición de acudiente identificado con documento No. 52737823, 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 _____ 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: _____

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.

sebas caceres	yeimi ferro	Jamin Buitrago
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre sebastian caceres	Nombre yeimi ferro	Nombre Jamin Buitrago
Identificación N° 1073241912	Identificación N° 52737823	Identificación N° 1033329440

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

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: Nariño 25 del 11 del 25

NOMBRE DEL PACIENTE: Johan Rojas Rojas IDENTIFICACIÓN: TI 1072702895

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 28/05/2011 EDAD: 14 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: salud total REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3002507463

VEREDA: NA DIRECCIÓN: Barrio Fatima

Yo, Ecaris Peña en mi condición de Acudiente identificado con documento No. 39561158, 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 enf de Chagas a realizarse y entiendo que se guardará estricta confidencialidad con relación a los resultados obtenidos. Además, se me ha expiicado que en caso de un resultado positivo debo acudir a un especialista para que analice el resultado y me aclare el procedirniento 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: enfermedad de chagas

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.

Johan Rojas R	[redacted]	Jannin Buitrago
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Johan Rojas Rojas	Nombre Ecaris peña	Nombre Jannin Buitrago
Identificación Nº 1072702895	Identificación Nº 39561158.	Identificación Nº 1053329440.

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

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: Jerusalén 25/11/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Willy Alejandro Sarabia Gonzalez IDENTIFICACIÓN: TI 1070634193

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/05/2011 EDAD: 14 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M_X_

OCUPACION: Estudiante EPS: famisanar REGIMEN: subsidiado TELÉFONO: 3024316184

VEREDA: Barbazal DIRECCIÓN: _____

Yo, Willyam Sarabia Gonzales en mi condición de Padre identificado con documento No. 19792126, 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 ENF 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: Enfermedad de chagas

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.

Willy Sarabia		Jeison Bultrago F.
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre Willy Sarabia	Nombre Willyam Sarabia G	Nombre Jeison Bultrago
Identificación Nº 1070634193	Identificación Nº 19792126	Identificación Nº 1033329446

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