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

STITUCIÓN REMITENTE: E.S.E centro salud Ricaurte	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:
UNICIPIO: Nilo - Cundinamarca	TEMPERATURA DE ENVÍO:
RECCIÓN: CH 4 N°14 B-22	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN: 6.1°C
LEFONO: 3222476191	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC: 27 DIC 2025
MAIL INSTITUCIONAL: coordinacionconvenios-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS): 1159
OFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Kavin Giselle Ortegón Baena	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN: AYPB

No. consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			<5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
1		23-11-25	Asly Annetd Rodriguez Aponte	X		RC	1069	X					Nilo	San Jeronimo	Suero
2		23-11-25	Damian Barrios Aguilar		X	TI	1023408508		X				Nilo	San Jeronimo	Suero
3		23-11-25	Carmen Viviana Tovar G	X		CC	1069926180				X	Si	Nilo	San Jeronimo	Suero.
4		23-11-25	Erick Santiago Medina Devia		X	RC	1069180190	X					Nilo	San Jeronimo	Suero
5		23-11-25	Cristian Camilo Arias Cortez		X	TI	1120069226		X				Nilo	Bellavista	Suero
6		24-11-25	Natalia Alejandra Vargas	X		CC	1094919201				X	Si	Nilo	La esmeralda	Suero
7		24-11-25	Zaid Sanchez hincapie		X	TI	1205966780		X				Nilo	Tolemaida	Suero
8		24-11-25	Zack yeriel sanchez hincapie		X	RC	1205972838	X					Nilo	Tolemaida	Suero
9		24-11-25	Andres leonardo Mahecha		X	TI	1094062487		X				Nilo	Tolemaida	Suero
10		24-11-25	Aaron Montoya Betancourt		X	RC	1095555141	X					Nilo	Tolemaida	Suero
11		24-11-25	Dylan Jhosua Garcia Aguilar		X	TI	1150437068		X				Nilo	Tolemaida	Suero

PC: Laboratorio de salud Pública de Cundinamarca

ISERVACIONES: _____

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

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

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

INSTITUCIÓN REMITENTE: E.S.E Centro de Salud de Ricaurte	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:
MUNICIPIO: Nilo - Cundinamarca	TEMPERATURA DE ENVÍO:
DIRECCIÓN: Calle 4N° 14B-22 B/El Pesebre	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:
TELEFONO: 3175528874	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:
E-MAIL INSTITUCIONAL: coordinacionconvenios-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Dilan Andrea Acosta Nuñez	RESPONSABLE DE LA RECEPCIÓN:

No. Consecutivo muestra	CÓDIGO LSPC (No diligenciar)	FECHA TOMA DE MUESTRA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO		TIPO DE ID	Nº DE IDENTIFICACIÓN	EDAD				MUJER GESTANTE	MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	VEREDA Y/O CORREGIMIENTO	TIPO DE MUESTRA
				F	M			<5 AÑOS	5-15 AÑOS	15-18 AÑOS	>18 AÑOS				
12		23-11-2025	Doraine Sofia Lizarazo Antivar	X		RC	1068926508	3				NO	Nilo	V. Limones	Suero
13		23-11-2025	Pablo Andres Sancho Sanchez		X	T.I	1079012441		8			NO	Nilo	V. Batavia	Suero
14		23-11-2025	Nataly Sofia Alfonso Rojas	X		T.I	1141525075		13			NO	Nilo	V. Limones	Suero
15		23-11-2025	Yeimy Alejandra Rodriguez Alvarez	X		RC	1021551411		5			NO	Nilo	V. San Jeronimo	Suero
16		23-11-2025	Daniel Alejandro Arias Cortes		X	T.I	1030082134		12			NO	Nilo	V. Belavista	Suero
17		24-11-2025	Nikols Johanna Castillón Amariles	X		CC	1007430956				24	SI	Nilo	Tolemaida	Suero
18		24-11-2025	Salome Gisele Cano Flores	X		RC	1024083184	4				NO	Nilo	Tolemaida	Suero
19		24-11-2025	Mariangel Bonilla Taborda	X		RC	1106902516	4				NO	Nilo	Tolemaida	Suero
20		24-11-2025	Liam Santiago Lozano Rivera		X	RC	1106902980	3				NO	Nilo	Tolemaida	Suero
21		24-11-2025	Martin David Lozano Rivera		X	RC	1106902272		5			NO	Nilo	Tolemaida	Suero
22		24-11-2025	Gabriela Martinez Betancourt	X		T.I	1139875723		9			NO	Nilo	Tolemaida	Suero
23		28-11-2025	Karen Yiseth Arevalo Gutierrez	X		CC	1007312471				38	SI	Nilo	B. Tamarindo	Suero
24		28-11-2025	Zhack Julidsa Guzman Mendoza	X		CC	1069014048				21	SI	Nilo	B. Progreso	Suero
25		28-11-2025	Juan Sebastian Arias Carvajal		X	T.I	1069976184	9				NO	Nilo	V. San Jeronimo	Suero
26		30-11-2025	Diego Alejandro Bocanegra Pabon		X	RC	1069976440		5			NO	Nilo	V. La Palmita	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

Powered by CamScanner

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.C Centro de Salud de Ricaurte	**Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:**
MUNICIPIO: Nilo - Cundinamarca	**TEMPERATURA DE ENVÍO:**
DIRECCIÓN: Calle 4 Nº 14B-22 B/ El Pesebre	**TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:**
TELEFONO: 3175578894	**FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:**
E-MAIL INSTITUCIONAL: coordinadorenfermeria-esc@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co	**HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):**
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Pta Andrea Acosta Niñez	**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				
27		30-11-2025	Angel David Barranega Rabayo		X	T.I	1054886899		9			NO	Nilo	V. La Palmita	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 Nº 70-10, Bogotá D.C., Colombia Teléfono: 4112025
e-mail: labsalud@cundinamarca.gov.co

Powered by CamScanner

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

INSTITUCIÓN REMITENTE: E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte	Nº DE MUESTRAS ENVIADAS AL LSPC:
MUNICIPIO: Nilo- Cundinamarca	TEMPERATURA DE ENVÍO:
DIRECCIÓN: Calle 4 Nº 14B-27 Bl El Reseb	TEMPERATURA DE RECEPCIÓN:
TELEFONO: 3175528874	FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LSPC:
E-MAIL INSTITUCIONAL: coordinacionvigilancia5ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co	HORA DE RECEPCIÓN (24 HORAS):
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL ENVÍO: Pilar Andrea Acosta Nova	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				
28		03-12-2025	Gonzalo Gonzalez Verano		X	CC	79813042				47	NO	Nilo	V. Limones	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

Powered by CamScanner

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo/cundinamarca 23/NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: ASLY ANNETH RODRIGUEZ ARONTE IDENTIFICACIÓN: RC 1069926454

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16/03/2021 EDAD: 4A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3133163974

VEREDA: San Jeronimo DIRECCIÓN: Nilo.

Yo, mercedes Diaz Sanchez en mi condición de Abuela identificado con documento No. 39566305, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente	Mercedes Diaz Sanchez	Karim Giseile Ortegon P.
Nombre	Firma del Acudiente 39566305	Firma de responsable Venopunción
Identificación Nº	Nombre	Nombre Karim Ortegon P
	Identificación Nº	Identificación Nº 1090614335

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

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca. 23NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Damian Ramos Aguilar IDENTIFICACIÓN: TI 1023408508

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 21/01/2016 EDAD: 9A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Compensar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3007013237

VEREDA: San Jeronimo DIRECCIÓN: _____

Yo, Dayana Aguilar Fernandez en mi condición de madre identificado con documento No. 1012430513, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Dayana Aguilar Identificación Nº 1012430513	Karim Giselle Ortegon Firma de responsable Venopunción Nombre Karim Giselle Ortegon Identificación Nº 1030614335

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca 23-Nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Viviana Tovar Guayacan IDENTIFICACIÓN CC: 1069926180

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 04/11/1998 EDAD: 27 GESTANTE: SI X NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Salud total REGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3223594230.

VEREDA: San Jeronimo DIRECCIÓN: Nilo

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

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

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

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

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

Viviana Tovar Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1069926180	_____ Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Karim Giselle Ortegon Firma de responsable Venopunción Nombre Karim Giselle Ortegon Identificación Nº 1030614335

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca. 23-NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Erick Santiago medina Deva IDENTIFICACIÓN: RC 1069180190

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16/08/2023 EDAD: 2A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F___ M X

OCUPACION: _____ EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3133212109

VEREDA: San Jerónimo. DIRECCIÓN: _____

Yo, Luis Eduardo medina Perez en mi condición de Padre identificado con documento No. 9385776, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	Luis Eduardo medina perez	Karim Giselle Ortegon
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre Karim Giselle Ortegon
Identificación Nº	Identificación Nº 9385776	Identificación Nº 1040M335

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca 23-Nov-25

NOMBRE DEL PACIENTE: Cristian camilo avila cortez IDENTIFICACIÓN: TI 1120669226

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 30/10/2011 EDAD: 14A. GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanitas REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3145344578

VEREDA: Bellavista DIRECCIÓN: ___

Yo, Erlandy cortez duran en mi condición de madre identificado con documento No. 1124856436, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Erlandy cortez Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1124856436	Karim Giselle Ortegon P. Firma de responsable Venopunción Nombre Karim Giselle Ortegon Identificación Nº 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca 24-NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Natalia Alexandra Vargas Alba IDENTIFICACIÓN: CC 1094919201

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12 / 03 / 1991 EDAD: 34 GESTANTE: SI X NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Psicologa EPS: Salud total REGIMEN: contributivo TELÉFONO: 3218452566

VEREDA: La esmeralda DIRECCIÓN: _____

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

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

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

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

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

Natalia Vargas		KARIM GISELLE ORTEGON
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1094919201 de armenia.	Identificación Nº	Identificación Nº 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca. 24-NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Zaid Sanchez Hincapie. IDENTIFICACIÓN: TI 1209966780

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 12/03/2016. EDAD: 9A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X.

OCUPACION: Estudiante. EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial. TELÉFONO: 3108369294

VEREDA: Tolemaida. DIRECCIÓN: _____

Yo, Carol Hincapie en mi condición de madre identificado con documento No. 1082973625, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1.082.973.625	KARIN GISEIKE ORTEGON Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca 24-nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Zack Yeriel Sanchez Hincapie IDENTIFICACIÓN: RC 1205972838

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16 / 10 / 2020 EDAD: 5A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial. TELÉFONO: 3108369294

VEREDA: Tolemaida C. DIRECCIÓN: _____

Yo, CANOL Hincapie en mi condición de madre. identificado con documento No. 1082973625, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1.082.973.625	Firma de responsable Venopunción KARIM GISELLE ORTEGA Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo / cundinamarca. 24-nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Andres leonardo mancera IDENTIFICACIÓN: TI 1094062487

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 23/09/2015 EDAD: 10A. GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante. EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3214510043

VEREDA: Tolemaida. DIRECCIÓN: ___

Yo, Jeison mancera. en mi condición de Padre identificado con documento No. 11523454, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre identificación N°	Firma del Acudiente Nombre Identificación N° 11523454	KARIM GISELLE ORTEGON. Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación N° 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo/cundinamarca 24-NOV/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Avon Montoya Betancourt IDENTIFICACIÓN: RC 1095555141

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 16 / 11 / 2021 EDAD: 4A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X.

OCUPACION: _____ EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3117252087

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: _____

Yo, Valentina Betancourt en mi condición de madre identificado con documento No. 1004826420 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	Valentina B.C.	KARIM GISELLE ORTEGON
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1004826420	Identificación Nº 1070614335

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

_____
Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo Cundinamarca 24-Nov/25

NOMBRE DEL PACIENTE: Dylan Thomas Garcia Aguilar IDENTIFICACIÓN: TI 1150437068

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 21 / 08 / 2011 EDAD: 14 A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante. EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial. TELÉFONO: 3104999093

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: ___

Yo, Wilton Garcia Valencia en mi condición de Padre identificado con documento No. 1035388052 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Wilton Garcia Valencia Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1035388052	Karin Giselle Ortegon Firma de responsable Venopunción Nombre Identificación Nº 1070614335

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

Firma del paciente o Acudiente
CC

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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

NC

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: Villeta, 27-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Doraine sofia lizarazo Arrieta IDENTIFICACIÓN: RC 1069926508

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 26/10/2022 EDAD: 3A GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Jardín EPS: Salud total REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3163553375

VEREDA: Limones DIRECCIÓN: _____

Yo, DANIEL HERMES NEIRA RIVERA en mi condición de PADRE identificado con documento No. 1069926137, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	DANIEL HERMES NEIRA RIVERA	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermería
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre DANIEL HERMES NEIRA RIVERA	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1069926137	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 23-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Fabio andres sanchez sanchez IDENTIFICACIÓN: TI 1079012441

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 04/04/2017 EDAD: 8A. GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3157965873

VEREDA: Batavia DIRECCIÓN: _____

Yo, Sandra Patricia Sanchez R. en mi condición de madre identificado con documento No. 1069757880 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	Patricia Sanchez	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Enfermería
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma del Responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1069757880	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 23-NOV-2025 T.I

NOMBRE DEL PACIENTE: Nataly Sofia Alfonso Rojas IDENTIFICACIÓN: 1.141.523.075

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 07/04/2012 EDAD: 13 A GESTANTE: SI ___ NO X NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3173035745

VEREDA: Limones DIRECCIÓN: _____

Yo, Maria Oley Rojas Camilla en mi condición de madre identificado con documento No. 20761.718., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	Maria Oley Rojas	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma del Responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 20761718.	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

15

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 23-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Yeimy Alejandra Rodriguez Alvarez IDENTIFICACIÓN: RC. 1071551411

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 22/11/2020 EDAD: 5A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante. EPS: Nueva ERS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3001421188

VEREDA: San Jeronimo DIRECCIÓN: _____

Yo, Diana Alvarez Hernandez en mi condición de Madre identificado con documento No. 20761930., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.
Por tanto, consiento que se realice el examen de: **toma de muestras para la realización de anticuerpos contra tripanosoma cruzi-enfermedad de chagas serologia**
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	Diana Alvarez Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1071551411	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Auxiliar de Enfermería 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

16

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 23-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Daniel alejandro ovica cortez IDENTIFICACIÓN: TI 1030082134

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20/11/2013 EDAD: 12A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanitas REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3145344578

VEREDA: Bellavista DIRECCIÓN: _____

Yo, Eylandy cortez duran en mi condición de madre identificado con documento No. 1.124856436., en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

_____	Eylandy Cortez	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermaria
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº 1124856436	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

17

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo, 24-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Nikols Johanna Castrillon Amariles IDENTIFICACIÓN: CC 1007430956

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 05 / 12 / 2000 EDAD: 24 GESTANTE: SI X NO __ NA __ SEXO: F X M __

OCUPACION: Ama de Casa EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3203247710

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: Manzana D Casa 4 Altos de la hacienda

Yo, Nikols Johanna Castrillo en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1007430956, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Nikols Amariles		Pilar Andrea Acosta Aux. Enfermería
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1007.430.956	Identificación Nº	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

18

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 24- NOV -2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Salome Giselle cano Flores IDENTIFICACIÓN: RC 1074831184

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 19 / 05 / 2021 EDAD: 4 A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Jardin EPS: Sanidad militar REGIMEN: Contrib. TELÉFONO: 3133147921

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: ___

Yo, Adriana Flores Nuñez en mi condición de madre identificado con documento No. 39584917, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 39584917. Soat	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermaria 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 24 NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Mariangel Bonilla Taborda IDENTIFICACIÓN: RC 1106902516

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 18 / 12 / 2020 EDAD: 4 A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M___

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3107593148

VEREDA: Tabernada DIRECCIÓN: ___

Yo, Jorge Luis Bonilla Ramirez en mi condición de Padre identificado con documento No. 1083889381, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1083889381	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Enfermería 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

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: Nilo 24-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Lyam santiago lozano vivero IDENTIFICACIÓN: RC1106902980

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 02/06/2022 EDAD: 3 A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Jardin EPS: sanidad militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3136071934

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: ___

Yo, Angie catherine Rivera R. en mi condición de madre identificado con documento No. 1073515047 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

___	Angie C. Rivera R.	Pilar Andrea Acosta
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N°	Identificación N° 1073515047	Identificación N°

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

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

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

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

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

21

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo, 24-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Martin David Lozano Rivera IDENTIFICACIÓN: RC 1106902272

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 20 / 01 / 2020 EDAD: 5 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Ama de Casa EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3136071934

VEREDA: Tolenarda DIRECCIÓN: _____

Yo, Angie Caterine Rivera Parra en mi condición de Madre identificado con documento No. 1073515047, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Angie C. Rivera Parra Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1073515047	Pilar Andrea Acosta 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

22

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 24-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Gabriela Martinez Betancourt IDENTIFICACIÓN: TI 1039875729

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 12 / 2015 EDAD: 9A GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F X M ___

OCUPACION: Estudiante EPS: Sanidad militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3117252087

VEREDA: Tolemaida DIRECCIÓN: ___

Yo, Valentina Betancourt en mi condición de madre identificado con documento No. 1004826420, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

___	Valentina B.C.	Pilar Andrea Acosta CC 1065711729 Auxiliar de enfermeria
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación N°	Identificación N° 1004826420	Identificación N°

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

___
Firma del paciente o Acudiente
CC

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

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

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

23

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo, 28 NOV -2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Karen Yiseth Arevalo Gutierrez IDENTIFICACIÓN: CC 1007312471

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 17 / 01 / 1997 EDAD: 38 GESTANTE: SI X NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Hogar EPS: Sanidad Militar REGIMEN: Especial TELÉFONO: 3122580216

VEREDA: Tamarindo DIRECCIÓN: ___

Yo, Karen Yiseth Arevalo G. en mi condición de ___ identificado con documento No. 1007312471, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº 1007312471	Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermaria 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

24

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo, 28-NOV. 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Yhanet Julidsa Guzman Mendoza IDENTIFICACIÓN: 1069924048

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 01 / 04 / 2004 EDAD: 21 GESTANTE: SI X NO ___ NA ___ SEXO: F X M ___

OCUPACION: Independiente EPS: Famisanar REGIMEN: _____ TELÉFONO: 3212756(0

VEREDA: B. Progreso DIRECCIÓN: _____

Yo, Yhanet Julidsa Guzman Mendoza en mi condición de Paciente identificado con documento No. 1069924048 en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Yulidsa Guzman		Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermazia
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 1069924048	Identificación Nº	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

25

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 28-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sebastian Arias Carvajal IDENTIFICACIÓN: T.I 1069926184

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 09 / 11 / 2016 EDAD: 9 GESTANTE: SI ___ NO X NA ___ SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Famisanar REGIMEN: Contributivo TELÉFONO: 3223246027

VEREDA: San Geronimo DIRECCIÓN: _____

Yo, Cindy Tatiana Arias Carvajal en mi condición de Madre identificado con documento No. 1069925326, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Cindy Arias Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1069925326	Pilar Andrea Acosta CC 1069741729 Aux de enfermaria 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	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

24

26

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 30-NOV-2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Alejandro Baranegra Rebayo IDENTIFICACIÓN: RC 1069926440

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 13 / 10 / 2020 EDAD: 5 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3166694506

VEREDA: la palmita DIRECCIÓN: ___

Yo, Leidy Alejandra Rebayo en mi condición de Madre identificado con documento No. 1053782654, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

CERTIFICO que todas mis dudas referentes a la toma de muestra a realizar, han sido contestadas de manera comprensible y clara.

Por tanto, consiento que se realice el examen de: **toma de muestras para la realización de anticuerpos contra tripanosoma cruzi-enfermedad de chagas serología**

Se adelantará el procedimiento de toma de muestra dentro de las normas de bioseguridad, cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia.

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

___	Leidy Alejandra Rebayo	Pilar Andrea Acosta CC 1069717729 Aux de enfermería
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº	Identificación Nº	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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03 25
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

27

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 30 NOV - 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Angel David Barranquero Robayo IDENTIFICACIÓN: T.I 1054886899

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A) 27 / 05 / 2016 EDAD: 9 GESTANTE: SI ___ NO ___ NA X SEXO: F ___ M X

OCUPACION: Estudiante EPS: Nueva EPS REGIMEN: Subsidiado TELÉFONO: 3166694506

VEREDA: La palmita DIRECCIÓN: ___

Yo, Leidy Alejandra Robayo en mi condición de Madre identificado con documento No. 1053782654, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido información necesaria y suficiente, acerca de la toma de muestra sanguínea para análisis en el Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

Firma del Paciente Nombre Identificación Nº	Leidy Alejandra Robayo Firma del Acudiente Nombre Identificación Nº 1053782654	Pilar Andrea Acosta CC 1069714729 Aux de enfermaria 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	GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	VERSIÓN: 03
	Consentimiento Informado de Toma de Muestra Sanguínea Para la Realización de Exámenes de Interés en Salud Pública	FECHA DE APROBACIÓN: 2022 / sep / 26

28

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

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

RIESGOS

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

MUNICIPIO Y FECHA: Nilo 3 - Dic - 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: Gonzalo Gonzalez Verano IDENTIFICACIÓN: CC 79813047

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

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

VEREDA: Limones DIRECCIÓN: ___

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

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

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

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

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

Gonzalo Gonzalez V.		Pilar Andrea Acosta CC 1049714729 Aux de Enfermería
Firma del Paciente	Firma del Acudiente	Firma de responsable Venopunción
Nombre	Nombre	Nombre
Identificación Nº 79813047	Identificación Nº	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