pic | [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marfelina del Carmen Romero Lucas
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1133869046
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3215822539
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38.3 Semanas
- Número de controles prenatales: 7 controles
- Fecha de controles prentales: 28/01/25 28/02/25 28/03/25 28/04/25 28/05/25 25/06/25 25/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100/60 mmHg			o FC: 86 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: 35 cm	Peso: 68 kg	Talla: 158 cm		IMC: 23.5

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	28/02/25	25/06/25	28/05/25
		Hierro	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Si	Si	Si

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

Servicio al que remite:	No requiere remision
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: No se deja compromiso
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de cada informacion dada en cada visita

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ _____
  - ☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Marfelina romero

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (No)

201

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-AGOSTO -2025 10:00 AM
Personas Intervenidas:	MARFELINA DEL CARMEN ROMERO LUCAS

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 2- VISITA NÚMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-07-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yerly Soto Rangel

b) Tipo documento ID: cc. Número documento identidad: 1100331384

c) Edad: 21 años

d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) (R)

e) Teléfono de contacto: 3234534408

f) EPS: Caja Copi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 . Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 14 %
- Estado de higiene oral: x Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y Frecuencia de cepillado

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma:

Nombre odontólogo: Heracio Espinoza Firma: Heracio E.

Firma de la gestante: Candy de la Vega

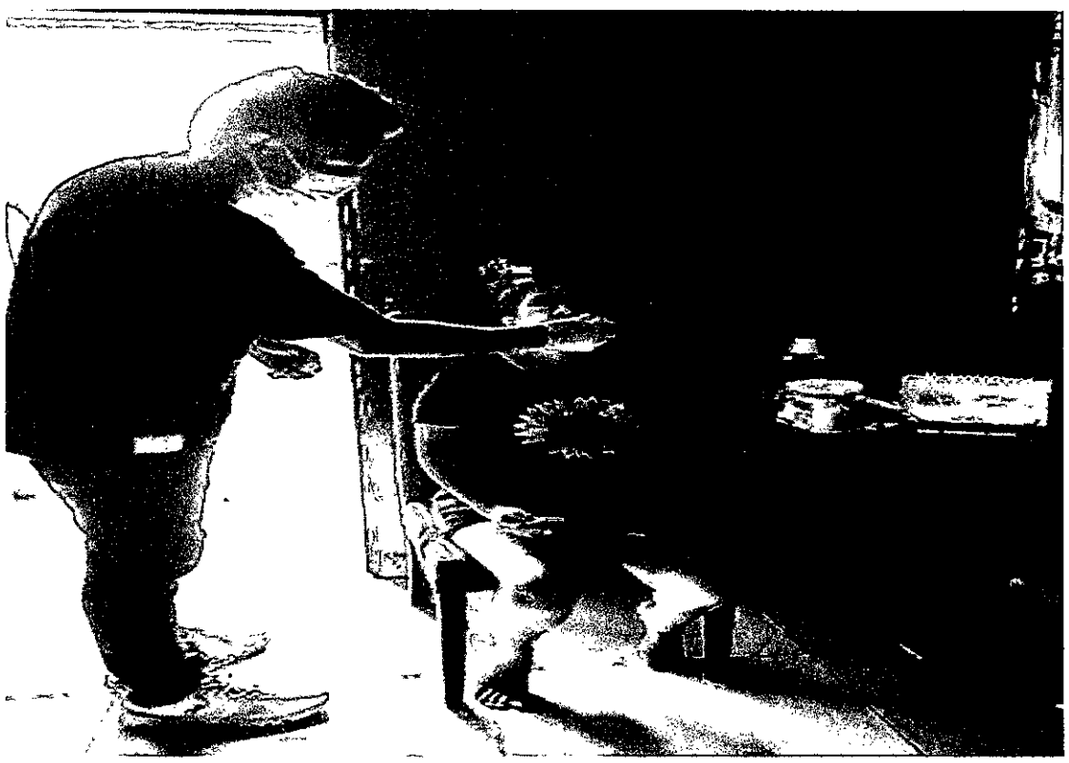
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

	Vereda Palmira
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MERLY SOTO RANGEL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 3- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Merly Sotelo Rangel
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1100333384
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3234534408
f) EPS: Caja COPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 32.4 Semanas
- Número de controles prenatales: 7 controles
- Fecha de controles prentales: 20/02/25 27/02/25 27/03/25 12/04/25 12/05/25 12/06/25 14/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 60 mmHg			o FC: 85 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: 31 cm	Peso: 58 kg	Talla: 152 cm		IMC: 24.4

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	12/04/25	12/04/25	12/06/25

		Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	SP	SP	SP

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál? NO
  - Servicio al que remite: NO se remite
  - Gestión realizada para la remisión:
- COMPROMISO DE LA GESTANTE: NO se deja COMPROMISO
- EDUCACION BRINDADA: Seguir asistiendo a los controles y seguir teniendo Alimentacion saludable

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
- ☐ _____
- ☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Perez P Firma:

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Merlys Sotelo

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-AGOSTO -2025 12:00 PM
Personas Intervenidas:	MERLY SOTELO RANGEL

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 3- VISITA NUMERO 3



pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Liliana Miranda Tapias.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1024903059.
c) Edad: 38 años
d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Coosalud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 4 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 7 %
- Estado de higiene oral: ☒Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Técnica del cepillado.
□ Recomendaciones, Cuidado de la boca y encía del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontología cada 6 mes.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Aroldo Ospino. Firma: Aroldo E.

Firma de la gestante: Liliana. Miranda

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

207

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

LUGAR:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	ANGELICA LOPEZ SAEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 4- VISITA 3



pic | HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Angelica Lopez Saez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007411484
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: _____ zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3112504018
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 29.3 semanas
- Número de controles prenatales: 6 controles
- Fecha de controles prentales: 07/03/25 14/03/25 14/04/25 14/05/25 13/06/25 14/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100/65 mmHg			o FC: 87 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: 33 cm	Peso: 48 kg	Talla: 154 cm		IMC: 20.3

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	14/05	14/05	14/07
	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o		Si	Si	Si

Clasificación del Riesgo obstétrico: bajo

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se Remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE No se deja compromiso
- EDUCACION BRINDADA Se oriento asistiendo a tiempo a cada cita y segun las recomendaciones del medico

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Perez Firma: Valentina Perez

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Angelica Lopez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-AGOSTO -2025 2:00 PM
Personas Intervenidas:	ANGELICA LOPEZ SAEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 4.-VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-07-25 Municipio: Tierralta Número de visita: 3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Liliana Patricia Miranda
b) Tipo documento ID: _____ Número documento identidad: 1046903055
c) Edad: 38 años
d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Coosalud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Her a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnica de Cepillado. Cuidado en la encia y
□ boca de bebe
- Compromisos de la gestante:
Asistir A Consulta Programada
Tener en cuenta Todas la recomendaciones

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J Espinosa

Firma de la gestante: Liliana Miranda.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	LILIANA PATRICIA MIRANDA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 5- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Liana Patricia Miranda Tapias
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1046903059
c) Edad: 38 años
d) Dirección de residencia Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3126167400
f) EPS: coosalud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 17.4 semanas
- Número de controles prenatales: 4 controles
- Fecha de controles prentales: 20/05/25 01/06/25 04/07/25 04/08/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 66 mmHg			o FC: 85 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: ____ cm	Peso: 63 kg	Talla: 166 cm		IMC: 23.2

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	04/07/25	04/07/25	0:

		Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	5°	5°	5°

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

Servicio al que remite:	NO se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Seguir pendiente la vacuna Dpta al cumplir las semanas necesarias
- EDUCACION BRINDADA seguir las recomendaciones Medicas y consumir los Micronutrientes

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma: Valentina

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante:

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

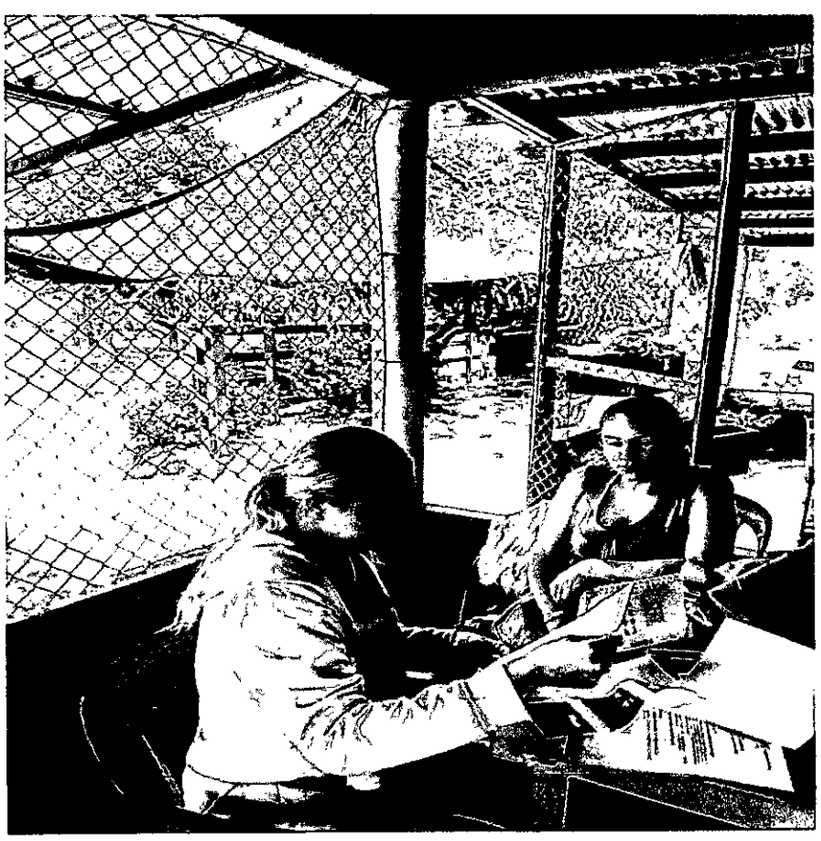
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	11-AGOSTO -2025 4:00 PM
Personas Intervenidas:	LILIANA PATRICIA MIRANDA TAPIAS

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 5- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-07-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yenifer Andres Camargo Santana
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1.091257548
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) ~~(R)~~
e) Teléfono de contacto: 3215279441
f) EPS: Cajacopi

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	ECHAS VACUNA	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ____
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 4 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ ~~NO~~
- Controles odontológicos (fechas): 1 vez a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnica de Cepillado, Cuidados en la boca y encia del bebe
- Compromisos de la gestante:
Asistir a Controles. y tener en cuenta las recomendaciones.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heracio Espriella Firma: Heracio J Espriella
Firma de la gestante: Yenifer Santana
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

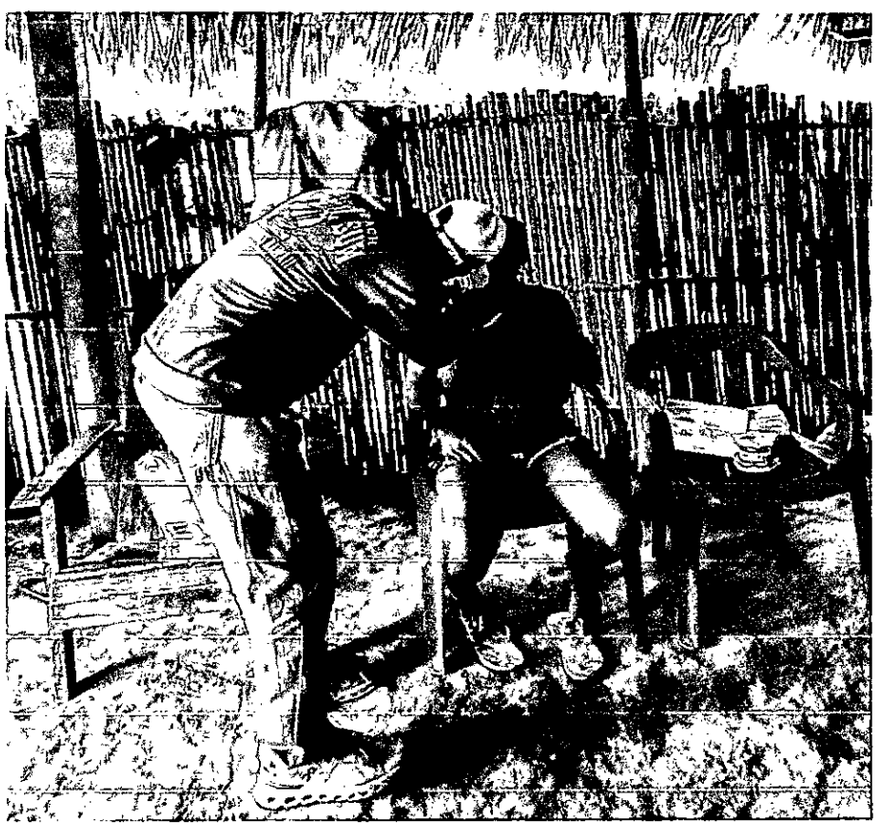
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	13 DE JUNIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YENIFER ANDREA CAMARGO SANTANA

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 6- VISITA NUMERO 3



pic | Gobernación de Cundinamarca

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 13/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yenifer Andrea Camargo Santana
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1109175748
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Ramica zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3219279441
f) EPS: Caja COPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 24 Semanas
- Número de controles prenatales: 4 controles
- Fecha de controles prentales: 26/05/25 04/06/25 04/07/25 04/08/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110 / 66 mmHg			o FC: 86 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 18 lpm	
o	AU: ____ cm	Peso: 60 kg	Talla: 165 cm		IMC: 22.1

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	04/06/25	04/06/25	
	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o		Si	Si	Si

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Queda pendiente la vacuna Deda al cumplir las semanas de gestación
- EDUCACION BRINDADA: Asista puntualmente a cada control y seguir las recomendaciones

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados ____ Obturados ____ Perdidos ____ Sanos ____
- Recuento de placa bacteriana: ____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ SI ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): ____
- Educación en salud oral brindada:
- ☐ ____
- ☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma:

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Yenifer Santana

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	13-AGOSTO -2025 08:00 AM
Personas Intervenidas:	YENIFER ANDREA CAMARGO SANTANA

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 6-VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Manaure. Número de visita: 3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yans Elena Julio Pacheco.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1071433692.
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: Palmira. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Coosalud.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: ____/____ mmHg		o FC: ____ lpm	
o Temperatura: ____ °C		o FR: ____ lpm	
o AU: ____ cm	Peso: ____ kg	Talla: ____ cm	IMC: ____

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 2 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 1,50%
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnicas del cepillado
□ Frecuencias del cepillado.
- Compromisos de la gestante:
Asistir a odontologia cada 6 meses. Seguir las recomendaciones dadas para el cuidado de la boca y el hogar

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio C. Firma: Heraclio C.

Firma de la gestante: Yans Julio.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	YARIS ELENA JULIO PACHECO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD. REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 7- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 13/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yaris Elena Julio Pacheco
b) Tipo documento ID: Ti Número documento identidad: 1071433692
c) Edad: 17 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3107236166
f) EPS: Coosalud

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 37.5 semanas
- Número de controles prenatales:
- Fecha de controles prentales: 12/02/25 19/02/25 19/03/25 29/04/25 21/05/25 20/06/25 29/07/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 100 / 60 mmHg			o FC: 83 lpm	
o	Temperatura: 36°C			o FR: 18 lpm	
o	AU: ____ cm	Peso: 61 kg	Talla: 163 cm		IMC: 22.0

o

o	FECHAS VACUNAS	TD	Influenza	Dpta
		20/06/25	20/06/25	21/07/25
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
		SP	SI	SP

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: y

¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Paciente cumplio con el compromiso de reclamar la vacuna Dpta.
- EDUCACION BRINDADA: La importancia de hacerse revision ante algun sintoma de alarma.

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz Firma: Valentina R.

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yaris Julio.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	13-AGOSTO -2025 10:00 AM
Personas Intervenidas:	YARIS ELENA JULIO PACHECO

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 7- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3).

1 INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marta Teran Soto.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1067853523.
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Palmira. zona (U) ~~(R)~~
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Emja COPI.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o Presión arterial: ____/____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 6 %
- Estado de higiene oral: ~~☐~~ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ~~☐~~ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Vez a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

☐ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
☐ Recomendaciones, Cuidado de la boca y encia del Bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontología cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Cs. Firma: Horacio Cs.

Firma de la gestante: Marta Teran.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	MARTA TERAN SOTO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 8- VISITA NUMERO 3



vpic | Córdoba

HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 13/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Marta Teran Soto
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067853523
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3135917368
f) EPS: Caja COPI

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 14.5 semanas
- Número de controles prenatales: 3 controles
- Fecha de controles prentales: 03/06/25 03/07/25 04/08/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 110/60 mmHg				o FC: 89 lpm		
o	Temperatura: 36 °C				o FR: 18 lpm		
o	AU: ____ cm	Peso: 60 kg		Talla: 160 cm		IMC: 23.1	

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	08/07/25	03/07/25	

		Hierro	Ac. Fólico	Carbonato de Calcio
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	SI	SI	SI

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Queda pendiente la vacuna DPTa al cumplir las semanas de gestacion necesarios
- EDUCACION BRINDADA: consumo de micronutriente y segun las recomendaciones dadas

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ _____
  - ☐
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz F Firma: Valentina

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Marta

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	13-AGOSTO -2025 12:00 PM
Personas Intervenidas:	MARTHA TERAN JULIO

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 8- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Tenalfa Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cardina Castro Morelo
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073971280
c) Edad: 21 años
d) Dirección de residencia: Palmira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto:
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

o	FECHAS VACUNAS	**TD**	**Influenza**	**Dpta**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	**Hierro**	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 4 Sanos 26
- Recuento de placa bacteriana: 8.1 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 vez a partir de las fechas
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ Enseñanza sobre cepillado, Tecnica de cepillado.
  - ☐ Recomendaciones, cuidado de la boca y encia del bebé
- Compromisos de la gestante:
  Asistir a odontologia cada 6 meses.
  Seguir las recomendaciones dadas para el cuidado de la boca y del bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Anacho C Firma: Anacho C.

Firma de la gestante: Cardina Castro.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

227

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

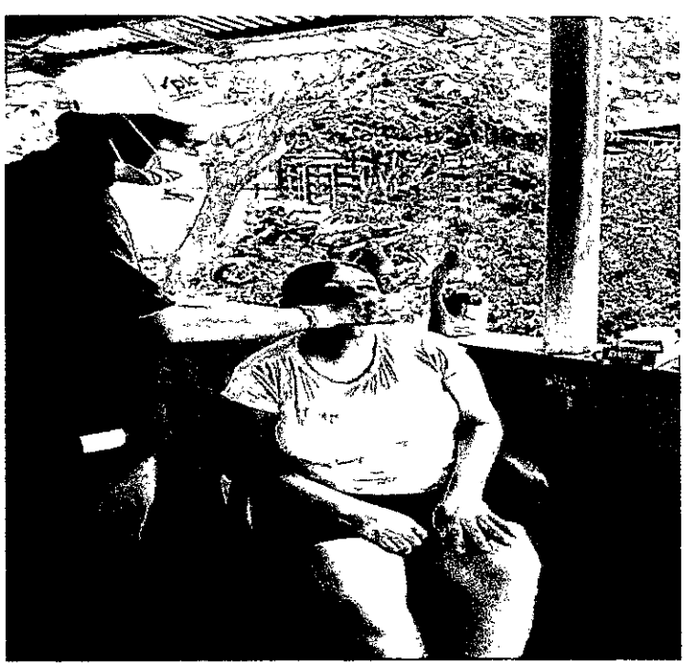
EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	Vereda Palmira
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	CAROLINA CASTRO MODELO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 9- VISITA NUMERO 3



pic

HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 13/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Carolina Castro Modelo
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1033971280
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Lamina zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3122441220
f) EPS: Mutual Ser

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 28.4 semanas
- Número de controles prenatales: 4 controles
- Fecha de controles prentales: 05/05/25 10/06/25 10/07/25 11/08/25
- Signos vitales:

o Presión arterial: 110 / 60 mmHg			o FC: 87 lpm	
o Temperatura: 36°C			o FR: 18 lpm	
o AU: ____ cm	Peso: 61 kg	Talla: 160 cm		IMC: 23.5

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	10/06/25	10/06/25	
		Hierro	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	SI	SI	SI

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:
  - Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Se deja el compromiso de ponerse la vacuna Dpta.
- EDUCACION BRINDADA: Dar a conocer los signos de Alarma para Consultar al Medico.

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: Valentina Ruiz Firma: Valentina R.

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Carolina Castro

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	13-AGOSTO-2025 2:00 PM
Personas Intervenidas:	CAROLINA CASTRO MODELO

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 9- VISITA NUMERO 3



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 25-7-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Soboleys Pacheco Gomez.
b) Tipo documento ID: _____ Número documento identidad: 1045519385.
c) Edad: 24. años
d) Dirección de residencia: Palmira. zona (U) ~~(R)~~
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Mutual Ser.

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

o	Presión arterial: _____ / _____ mmHg		o FC: _____ lpm	
o	Temperatura: _____ °C		o FR: _____ lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm	IMC: _____

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS			
		Hierro	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES			

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

Servicio al que remite:	
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 3 Obturados 0 Perdidos 5 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 8.5 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 4 HC A partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - ☐ Enseñanza sobre el cepillado Tecnica del cepillado.
  - ☐ Recomendaciones, cuidado de la boca y enda del bebé
- Compromisos de la gestante:
  Asistir a odontologia cada 6 meses.
  Seguir las recomendaciones. Para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Yraoma G. Firma: Yraoma Gomez.

Firma de la gestante: Soboleys.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA

Lugar:	VEREDA PALMIRA
Fecha:	25 DE JULIO DE 2025
Personas Intervenidas:	SOLVELLYUS PACHECO GOMEZ

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 10- VISITA NUMERO 3



FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 13/08/25 Municipio: Tierralta Número de visita: 3)

1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Soveiys Pacheco Gomez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: _____
c) Edad: 29 años
d) Dirección de residencia: Corregimiento Caimira zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3205152030
f) EPS: Nueva EPS

2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 37 semanas
- Número de controles prenatales: 5 controles
- Fecha de controles prentales: 04/04/25 05/05/25 05/06/25 07/07/25 07/08/25
- Signos vitales:

o	Presión arterial: 60 / 60 mmHg			o FC: 87 lpm	
o	Temperatura: 36 °C			o FR: 17 lpm	
o	AU: _____ cm	Peso: _____ kg	Talla: _____ cm		IMC: _____

o

		TD	Influenza	Dpta
o	FECHAS VACUNAS	05/05/25	05/05/25	07/08/25
		Hierro	**Ac. Fólico**	**Carbonato de Calcio**
o	CONSUMO DE MICRONUTRIENTES	SP	SP	SP

Clasificación del Riesgo obstétrico: Bajo

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
¿Cuál?

Servicio al que remite:	No se remite
Gestión realizada para la remisión:	

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Paciente cumplio con el compromiso anterior, no se dejo mas compromiso
- EDUCACION BRINDADA: Segun, la recomendacion dadas en cada visita para un bebé sano

3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Valentina Ruiz P Firma: Valentina P

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Soveiys P

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO PALMIRA
Fecha:	13-AGOSTO -2025 4:00 PM
Personas Intervenidas:	SOLVELLYS PACHECO GOMEZ

REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CRNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.

GESTANTE NUMERO 10- VISITA NUMERO 3



URBANO

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

PROCESO DE FORMACIÓN A 20 ADOLESCENTES Y JÓVENES MULTIPLICADORES EN ASOCIACIÓN CON ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA QUE PERMITA A LOS JÓVENES LA GARANTÍA Y DISFRUTE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. EL PROCESO CONSTA DE CINCO TALLERES EDUCATIVOS CON LAS SIGUIENTES TEMÁTICAS POR TALLER:

- **PROMOCIÓN DE UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE**
- **PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**
- **ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZO EN ADOLESCENTES**
- **MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA FORMA DE ACCEDER A ESTOS**
- **SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA VIOLENCIA SEXUAL.**

[redacted]	**FORMATO**	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: IE Junin	Hora de Inicio: 1:00 pm
Fecha 28 Agosto 2025	Hora de Finalización: 3:30 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar un proceso de formación a 20 jovenes y adolescentes Como multiplicadores en derechos sexuales y derechos reproductivos.

Desarrollo de la Reunión

llegada, bienvenida y Presentación, se explicó el objetivo de la actividad y atraves de diapositivas se explicaron Cada uno de los temas, los cuales fueron: Promoción de Sexualidad responsable, Prevención de ITS, Prevención embarazo adolescente, método planificación familiar y Prevención Violencia de género y sexual. Cada tema se explicó de manera detallada, los jóvenes hacían Preguntas las cuales se les dió respuesta, además, se brindó un espacio para la realización de preguntas, anónimas por parte de los jóvenes las cuales serán utilizadas en taller con padres. Se dieron espacios para resolver de manera grupal Sopas de letras y Crucigramas Sobre la temática y al final Se entregó un Certificado a Cada jóven como multiplicador de derechos Sexuales y reproductivos

Conclusiones

Los jovenes Participaron activamente, Se resolvieron dudas y se entregaron Certificados

Recomendaciones

Ninguna

Responsables de la Actividad

[redacted]
1532905 49,
Coordinador

[redacted]
María Romero L.
1192713482
Enfermera

277

GRADO: 10
GRUPO: 10-02
JORNADA: Tarde
SEDE: Junín
AÑO LECTIVO: 2025
DIR. GRUPO: DIANA YANETH PAJARO MILANES

Identificación	Apellidos y Nombres	F. de Nac.	Dirección	Teléfono
TI No. 1073991458	ARGUMEDO MUÑOZ EVIS VANESSA	2008-11-06	B.LOS CANALES	3217619695
TI No. 1071435335	BANDA SERNA YEISON FADER	2009-12-27	B.SAN JOSE	3116215753
TI No. 1141718201	BARRIOS BARBOZA LINCOL DAVID	2009-10-22	B. 19 DE MARZO	3042138054
TI No. 1073984500	DIAZ MACHADO KEINER DAVID	2008-01-13	B. 9 DE AGOSTO	3103871561
TI No. 1073993907	DIAZ PINEDA DANA MARIA	2012-01-03	B.LA ESMERALDA	3136120450
TI No. 1073991500	DOMICO DOMICO YULERT STIVEN	2009-11-02	B. ESMERALDA	
TI No. 1071434871	FURNIELES BOHORQUEZ ANA LIA	2009-05-04	V. CAMPO ALEGR	3135489422
TI No. 1071435210	GUEVARA AVILA SOL JAZMIN	2009-11-13	B. 9 DE AGOSTO	3218410605
TI No. 1042854181	HERNANDEZ PAYARES JULIETH ESTEFANY	2007-08-28	B. GALAN CRA 28	3502100764
TI No. 1073992208	IBAÑEZ HERNANDEZ WENDY JOHANA	2010-01-04	B. MONTEVIDEO	3213062715
TI No. 1073989871	JARUPIA SOSSA MIGUEL ANGEL	2009-05-10		
TI No. 1073996754	MILANES MARTINEZ EIDER DE JESUS	2011-06-07	32-1013	3126518567
TI No. 1071434824	MIRANDA SERPA LUZ ADRIANA	2009-04-01		
TI No. 1073985910	MONTES MORENO RUBY ASTRID	2008-05-02	BRISAS DEL JUY C	3128940330
TI No. 1073992192	MUÑETON GONZALEZ MICHEL MARIAN	2010-01-09	B.CHAPINERO	3107297760
TI No. 1073992621	NEGRETE ESPITIA MIGUEL ANGEL	2009-12-02	B.SAN JOSE	3215531855
TI No. 1.073.988.017	NORIEGA LLORENTE SEBASTIAN	2009-01-03	B. SAN JOSE	3122310061
TI No. 1100085066	NOYA LEMOS MARIO LUIS	2008-10-01	B. VILLA NAZARET	3127199438
TI No. 1085094847	OSPINO PASTRANA YOINER	2008-07-15	B. 9 DE AGOSTO S	3215962049
TI No. 1073993804	PASTRANA PEREZ CESAR DAVID	2009-09-17	B. 9 DE AGOSTO	3103682921
TI No. 1071434449	PICO DIAZ JUAN JOSE	2008-12-13	KRA 29 # 5-78	3106124603
TI No. 1073989348	QUIROS PADILLA LIZDAY	2008-11-01		
TI No. 1133790877	RICARDO LAZARO DAINER DAVID	2007-10-27	CALLE PENJAMO	3107083809
TI No. 1071435491	SALGADO FLOREZ GENESIS	2010-02-04	B.GALAN	3107046794
TI No. 1073981222	SOTELO SUAREZ JHONATAN ANDRES	2007-03-17	B. VILLA DEL RIO	3107413523
TI No. 245691	VELASQUEZ GARCES ANA YULEIDY	2007-08-24	B. SAN JOSE	3186823803
TI No. 1120502592	ZURITA PEREZ JOSE JULIAN	2010-08-04	B.LA ESMERALDA	3206625978

HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	pic CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de formación a jovenes y adolescentes como multiplicadores en derechos sexuales y reproductivos

DIA:	28	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	IE Junin	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Miguel Jaropia	T.I	1073989871	NO TIENE	16	M	H			X						X				X			X		miguel sossa
2	Eider Milanes	T.I	1073996754	NO TIENE	14	M	H								X	X				X			X		Eider Milanes
3	Ruby Montes	T.I	1073985910	3128940330	17	F	M								X	X				X			X		RUBY
4	Michel Monteton	T.I	1073992192	3107297760	15	F	M								X	X				X			X		Michel Muñeton G
5	Miguel Negrete	T.I	1073399621	3215531858	15	M	H								X	X				X			X		Miguel Angel Negrete
6	Sebastian Noriega	T.I	1071988017	3122310061	16	M	H								X	X				X			X		Sebastian Noriega
7	Maria Noya lemos	T.I	1100085066	3127199438	16	F	M								X	X				X			X		Maria Noya lemos.
8	Yoiner Ospino	T.I	1085094847	NO TIENE	17	M	H								X	X				X			X		Yoiner O.
9	Jose Pico Diaz	T.I	1071434449	3106124603	16	M	H								X	X				X			X		
10	Dainer Ricardo	T.I	1133790 0877	NO TIENE	17	M	H								X	X				X			X		Dainer Ricardo

HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · Gobernación de Córdoba

EJE: Atención primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de formación a jovenes y adolescentes como multiplicadores en derechos sexuales y reproductivos

DIA:	28	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	IE Junin	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Evis Argumedo	T.I	1073991458	3217619695	16	F	M								X	X				X			X		Evis Argumedo.
2	Yelson Banda	T.I	1071435335	3116215153	15	M	H								X	X				X			X		Yelson
3	Lincol Barrios	T.I	1141718201	3042138054	15	M	H								X	X				X			X		
4	Kener Diaz	T.I	1073984800	NO TIENE	17	M	H								X	X				X			X		Kener Diaz
5	Dana Diaz Pineda	T.I	1073993907	NO TIENE	13	F	M								X	X				X			X		Dana
6	Yurlet Domico	T.I	1073991500	NO TIENE	15	F	M			X						X				X			X		Yulet Domico
7	Ana Ua Furnieles	T.I	1071143487 1	3135489422	16	F	M								X	X				X			X		Ana Ua Furnieles
8	Sol Guevara	T.I	1071435210	3210410605	15	F	M								X	X				X			X		Sol Guevara.
9	Yulieth Hernandez	T.I	1042854191	3502100764	19	F	M								X	X				X			X		Yulieth Hernandez
10	Wendy Ibañes	T.I	1073992208	3213062715	15	F	M								X	X				X			X		Wendy Ibañez

232

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

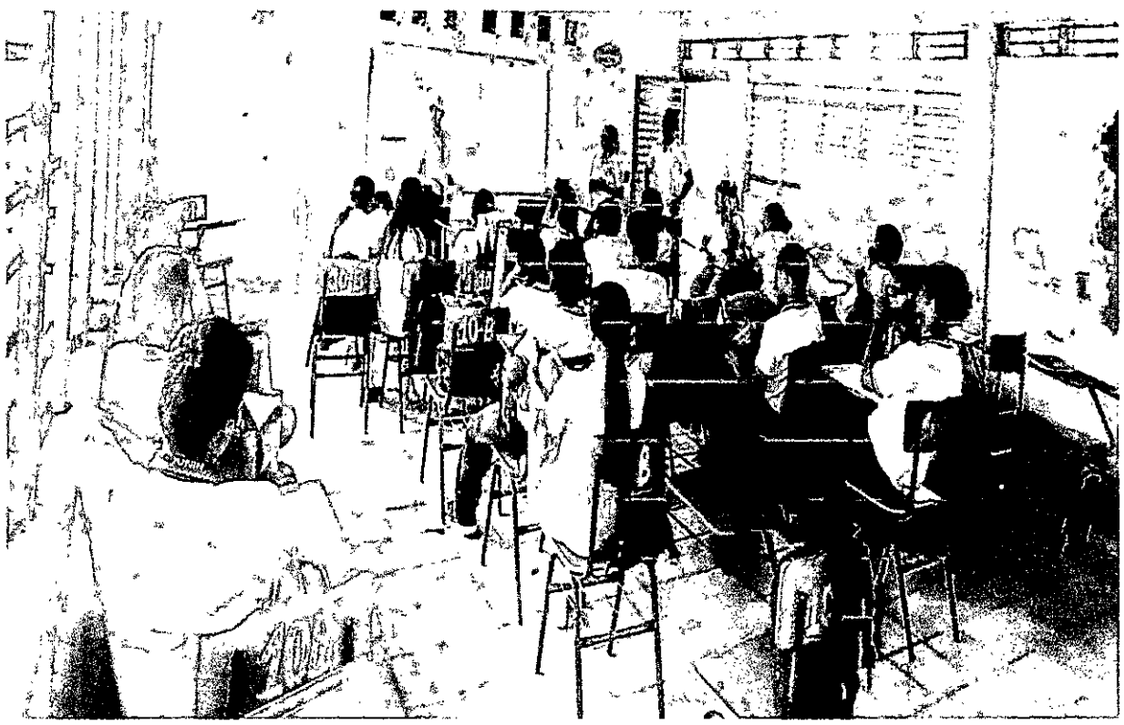
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**IE JUNIN**
Fecha:	**28 AGOSTO DE 2025 HORA: 01:00 PM- 03:30 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

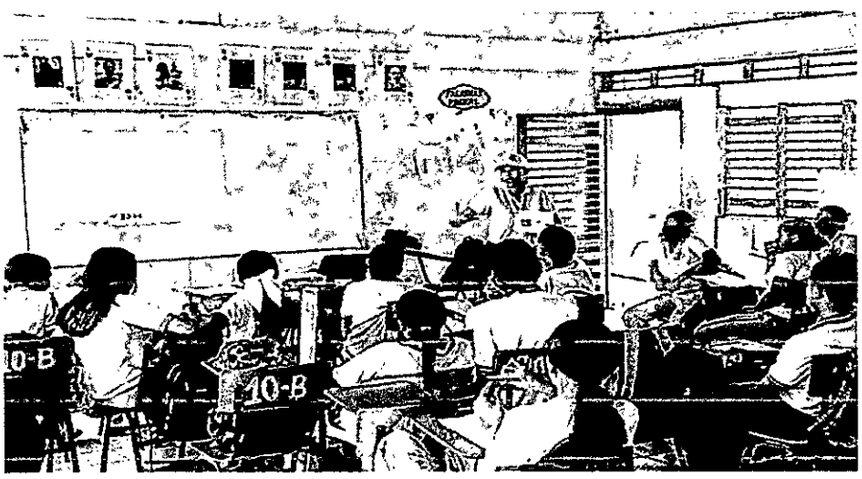
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PROCESO DE FORMACIÓN A 20 ADOLESCENTES Y JÓVENES MULTIPLICADORES EN ASOCIACIÓN CON ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA QUE PERMITA A LOS JÓVENES LA GARANTÍA Y DISFRUTE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.

TALLER CON JOVENES



USO DE ROTAFOLIO Y PROYECCION CON VIDEO BEAM



241

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

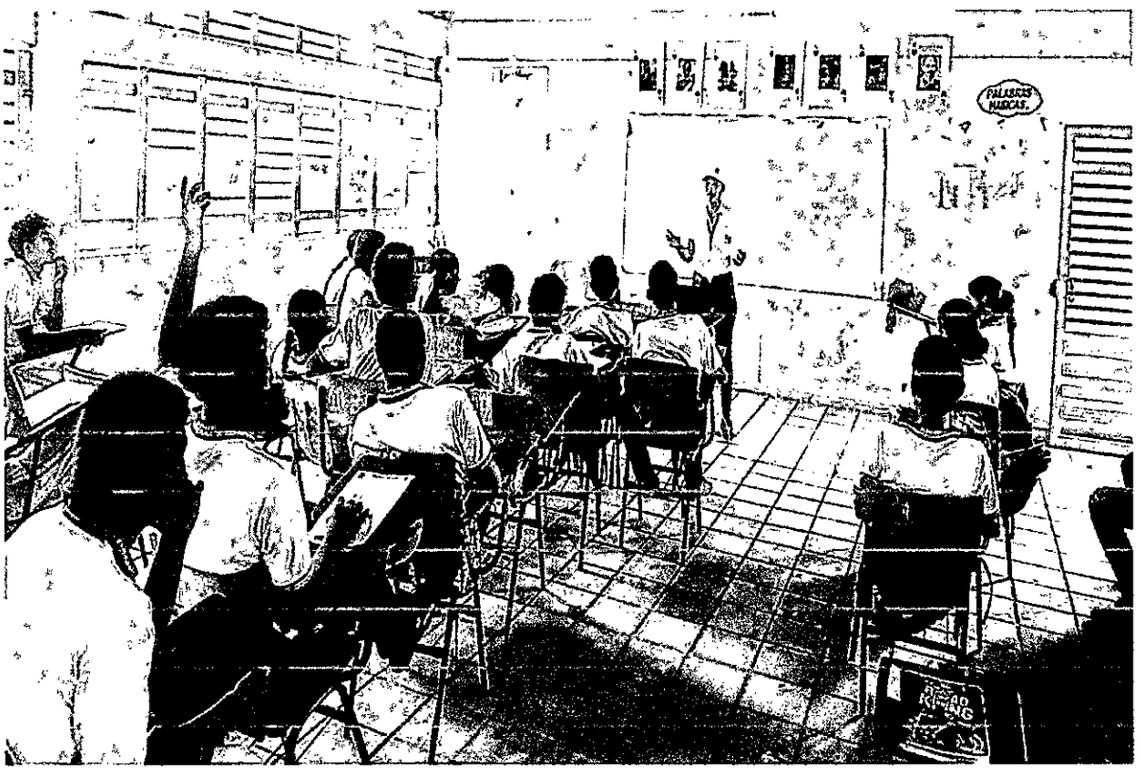
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**IE JUNIN**
Fecha:	**28 AGOSTO DE 2025 HORA: 01:00 PM- 03:30 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PROCESO DE FORMACIÓN A 20 ADOLESCENTES Y JÓVENES MULTIPLICADORES EN ASOCIACIÓN CON ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA QUE PERMITA A LOS JÓVENES LA GARANTÍA Y DISFRUTE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.

PROYECCION CON VIDEO BEAM Y USO DE ROTAFOLIO





242

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**IE JUNIN**
Fecha:	**28 AGOSTO DE 2025 HORA: 01:00 PM- 03:30 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PROCESO DE FORMACIÓN A 20 ADOLESCENTES Y JÓVENES MULTIPLICADORES EN ASOCIACIÓN CON ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA QUE PERMITA A LOS JÓVENES LA GARANTÍA Y DISFRUTE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.

ELABORACIÓN DE PREGUNTAS ANÓNIMAS



DINÁMICAS DE AFIANZAMIENTO Y EVALUATIVAS



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

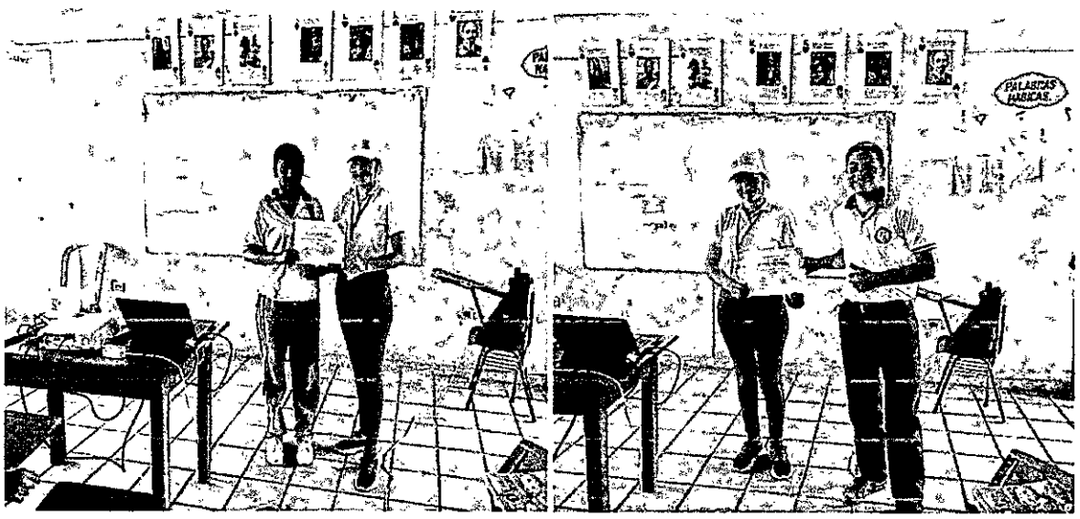
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

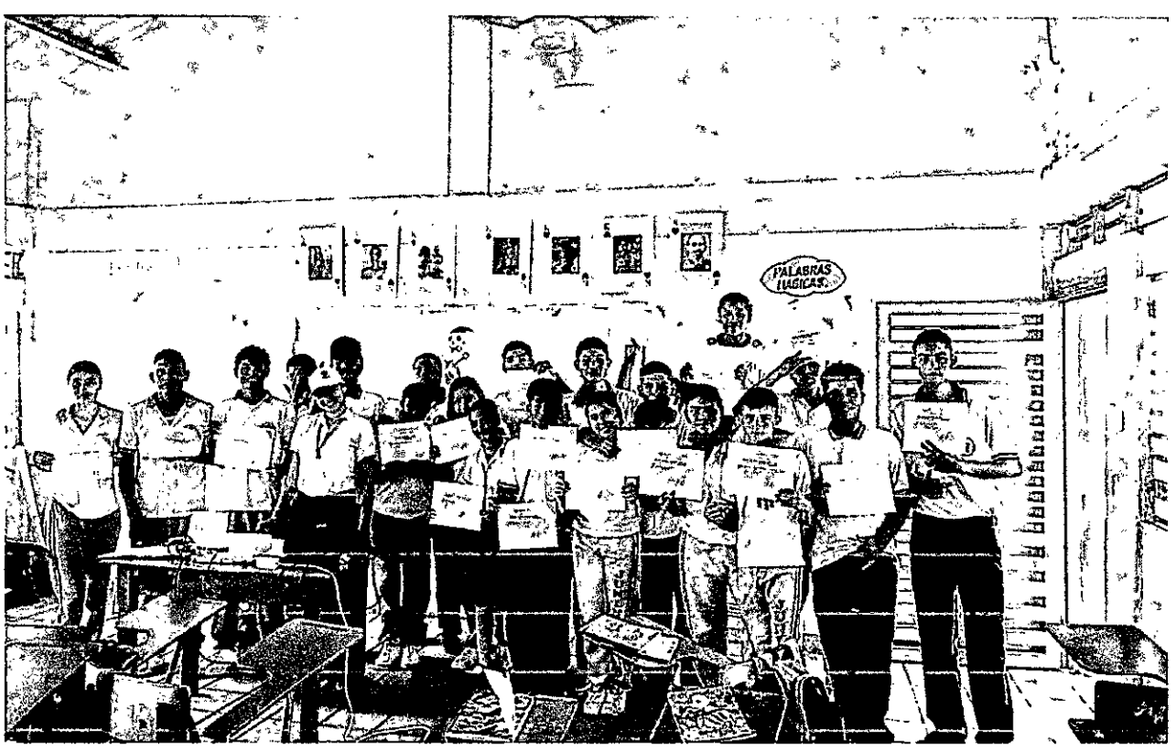
Lugar:	**IE JUNIN**
Fecha:	**28 AGOSTO DE 2025 HORA: 01:00 PM- 03:30 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PROCESO DE FORMACIÓN A 20 ADOLESCENTES Y JÓVENES MULTIPLICADORES EN ASOCIACIÓN CON ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA QUE PERMITA A LOS JÓVENES LA GARANTÍA Y DISFRUTE DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.

ENTREGA DE CERTIFICADOS





HOSPITAL SAN JOSE [redacted]	INFORME DE EJECUCION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud CÓRDOBA

URBANO

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD

[redacted]	**FORMATO**	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Barrio Diamante	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 20 Agosto 2025	Hora de Finalización: 11:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada de tamizaje para ITS (VIH y sífilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad. Se debe garantizar asesoría Pre y post test y la entrega de 5 Preservativos a los asistentes.

Desarrollo de la Reunión

Llegada y presentación, se inició con una breve asesoría Pre test donde se habló sobre las generalidades de las ITS (VIH y sífilis) sus signos y síntomas, tratamientos, diagnóstico y modo de transmisión, se enfatizó la importancia de realizar los tamizajes para un diggnostico oportuno y tratamiento adecuado, se explicó en lo que consistía la prueba y el procedimiento en casos de resultados positivos. Posteriormente cada usuario accedió a la realización de la prueba, se entregaron resultados, se brindó asesoría post test a cada participante y se entregaron 5 preservativos. Durante la jornada todas las pruebas salieron negativas.

Conclusiones

Se llevó a cabo la jornada en su totalidad.

Recomendaciones

Ninguna

Responsables de la Actividad

Dairo Bocanegra
7664305
Vicepresidente JAC

Maña Romero López
1192773482
Enfermera

247

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para ITS (VIH y sífilis)

DIA:	20	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Bl Diamante	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Marleny Casamblca	CC	39288336	310 370 2046	41	F	M								X	X				X			X		Marleny
2	Teolinda Martinez León	CC	100373 245	301619 7140	25	F	M								X	X				X			X		Teolinda
3	Esteban Almanza R.	CC	1003594 979	300229 7393	28	M	H								X	X				X			X		Esteban Almanza
4	Estefanía Ibañez C	CC	1038647 990	310746 4029	18	F	M								X	X				X			X		Estefanía I.
5	Deilys Corcho Doña	a	1073992 335	301232 5457	18	F	M								X	X				X			X		Deilys Corcho
6	Martha Posada D.	CC	26227 678	314634 9373	45	F	M								X	X				X			X		Martha P
7	Lulecy Donico Cabrera	CC	1073971 746	No tiene	37	F	M			X						X				X			X		Lucely D. C.
8	Yonay Medina Arango	CC	52343337	314577 9547	52	F	M								X	X				X			X		Yonay Medina S
9	Mónica Romero	CC	52383569	312571 2528	49	F	M								X	X				X			X		
10	Sandra Cogollo Fabra	CC	50976834	312707 5093	44	F	M								X	X				X			X		Sandra cogollo F

22

	FORMATO DE ASISTENCIA	
HOSPITAL SAN JOSÉ	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada Tamizajes para ITS (VIH Y sífilis)

DIA:	20	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Diamante	ZONA:	Urbana.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Edulfo Ramos	CC	15612 715	320519 2030	54	M	H								X	X			X			X	X		Edulfo Ramos
2	Norfalia Segura	CC	1073977 945	314602 5725	37	F	M						X				X		X		X		X		Norfelia S.
3	Arelys Negrete	CC	26230 809	312864 8640	49	F	M								X		X		X		X		X		Arelis Negrete
4	Johan León Arroyo	CC	1064012 199	301448 3819	38	M	H								X		X		X		X		X		Johan León Arroyo
5	Lisandra Ballesta	CC	1073999 539	314350 1552	41	F	M								X		X		X		X		X		Lisandra B.
6	Carmen Cardenas	CC	26202 937	321662 4603	51	F	M								X		X		X		X		X		Carmen Cardenas
7	Ana furnieles	CC	1073971 091	311691 0407	29	F	M								X		X		X		X		X		Ana Cristina Furnieles
8	Juan Lozano	CC	71771 407	314501 8620	34	M	H								X		X		X		X		X		
9	Alexandra Pestana	CC	1003736 486	324213 6418	22	F	M								X	X			X			X	X		Alexandra Pestana.
10	Pedro Luis Vargas	CC	1002059 613	321810 7618	26	M	H								X	X			X			X	X		Pedro Luis Vargas.

249

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para ITS (VIH y Sífilis)

DIA:	20	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Diamante	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	EDY RIVERO P.	CC.	1074004959	3225666303	27	f	H								X				X		X		X		EDY R.
2	Eliana Barrios Vergara	C.C	1000439702	3137963402	24	F	M								X		X		X		X		X		Eliana B.
3	Jhonny E Angel R	Ce	32765657	3205746666	51	F	M								X		X		X		X		X		Jhonny E Angel R
4	Deliannes Ruiz	CC	50640155	3225987887	42	F	M								X		X		X		X		X		
5	Yoly Rodriguez A	ce	26229319	3128850376	55	F	M								—	C	+		+		+		X		Yoly Rodriguez
6	Naudy Acosta Rob	CC	1003737567	3137498445	35	F	M								↑		+		G		+		X		Naudy Acosta
7	Derlis Pacheco payan	CC.	1003738014	3022378777	32	F	M								?		x		y		x		X		Derlis Pacheco
8	Luis F Segura	CC	1193473409	3122359975	24	M	H								X		X						X		Luis Segura
9	Lisa Barrero	CC	50970729			F	M								+		+		4		9		X		
10	Mercedes Santos	Ce	1.073.768.755	3145934193		F	M								+		L		L				X		Mercedes SR

150

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO DIAMANTE**
Fecha:	**20 DE AGOSTO DE 2025 HORA: 08:00 AM – 10:30 AM**
Personas intervenidas:	**20**

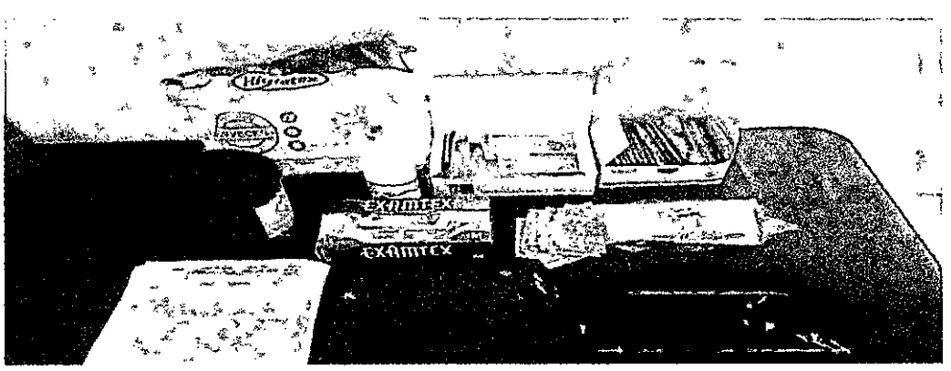
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD

REALIZACIÓN DE ASESORIA PRETEST



INSUMOS



25

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

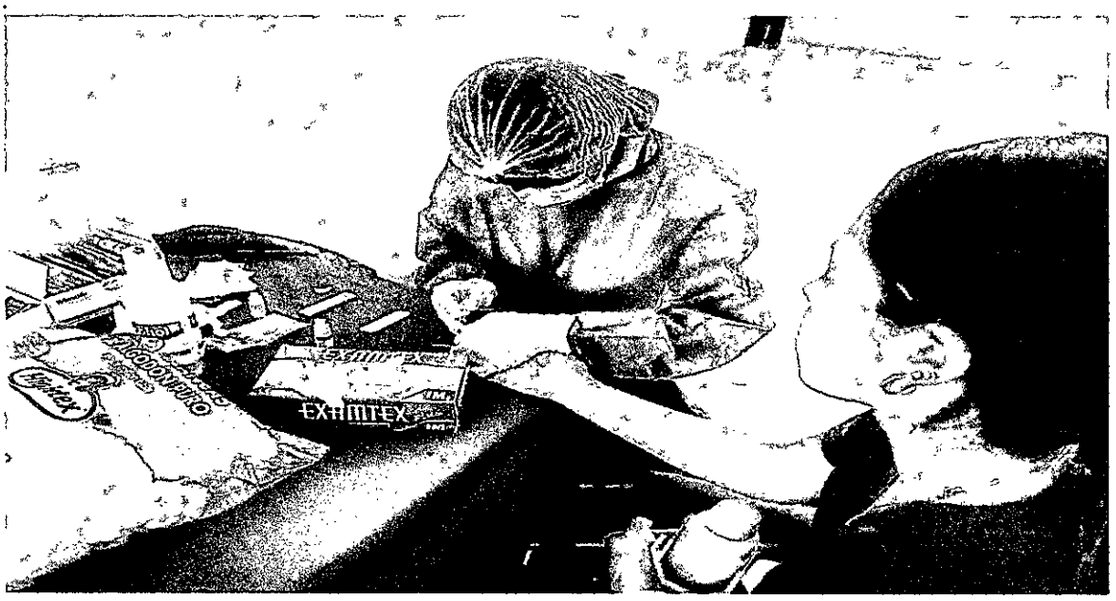
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO DIAMANTE**
Fecha:	**20 DE AGOSTO DE 2025 HORA: 08:00 AM – 10:30 AM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA



ENTREGA DE PRESERVATIVOS Y ASESORIA POST TEST



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO DIAMANTE**
Fecha:	**20 DE AGOSTO DE 2025 HORA: 08:00 AM – 10:30 AM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD.

ENTREGA DE RESULTADOS



ANEXOS

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Lucely Domico Cabrera
Historia Clínica:	1073971746

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Local D-C _____ 1073971746 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Mónica Romero
Historia Clinica:	52383569

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba sels (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

CC N° 52383569

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Martha Posada Doranyo
Historia Clínica:	26227678

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Martha Posada 26227678

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Deiks Cercho Doria	
Historia Clínica: 1073992335	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando lá prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Deiks Cercho Doria — 1073992335

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Esteban Almanza Rodriguez
Historia Clínica:	1003594979.

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Esteban Almanza — 1.003.594.979

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Estefania Ibañez casamachia
Historia Clínica:	1038647990

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Estefania Ibañez C. 1038647.990.

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

260

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Yonay Medina Arango
Historia Clínica:	52343337

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Yony Medina Arango · 52343337

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Sandra Cogollo F
Historia Clínica:	50 976 834

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Sandra Cogollo F — 50 976 834

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Marlen loz Casarrubia P.
Historia Clínica:	39.288 336

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Marlen C. 39.288336

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Teolinda Martinez
Historia Clínica:	1003737245

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema Inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento..SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Teolinda Martinez Leon 1003737245

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Alexandra Pestana Cogollo
Historia Clínica:	1003736486

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Alexandra Pestana Cogollo X 1003736486

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Pedro Luis Vargas Jaramillo
Historia Clínica:	1002059613

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x Pedro Luis Vargas — x 1002 059 613

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Luz Mary Rodriguez Acosta.	
Historia Clínica: 26.229319	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e Instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Luz Mary Rodriguez — 26.229319

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Carmen Tecia Cardenas Pineda	26.202.937
Historia Clínica:	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Carmen Cardenas P. 26.202.937

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2** **Fecha:01 07 22**

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	DEIRA ALVAREZ
Historia Clínica:	1071400842 3

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección,por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

DEIRA ALVAREZ. 1071400842 3

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Jenny Elina Angel Ramirez
Historia Clínica:	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Jenny E Angel R. — 1.32765657

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2** **Fecha:01 07 22**

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Edy Rivero Pestana	
Historia Clínica: 1074009159	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

[redacted]MITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fúndamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]sibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Edy Rivero P. 1074009159

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Eliana Barrios Vergara.	
Historia Clínica: 1000439702	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Eliana Barrios — 1000439702

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

272

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Juan Carlos	Lozano Vergara
Historia Clínica: 71771407	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

71771407
CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Delarmino Ron	
Historia Clínica: 50640115	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

CC N° 50640115

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

27

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Ana Leticia Pinedo Feli	
Historia Clínica: 1073971091	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Ana Leticia Pinedo Feli 1073971.097.

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Meredith Santaw Ramos	
Historia Clínica: 1073968755	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Meredith Santaw Ramos 1.073.968.755

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente: Arelys del C.	Negrete C.
Historia Clínica: 26230807	

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Arelys Negrete — 26230807

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

CC N°

277

[redacted]	FORMATO. . .	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: B/ Esmeralda	Hora de Inicio: 8.00 am
Fecha 27 Agosto 2025	Hora de Finalización: 11:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada de tamizaje para ITS (VIH y sífilis) con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad. Se debe garantizar asesoría pre y post test y entrega de 5 preservativos a los asistentes

Desarrollo de la Reunión

Llegada y presentación, se inició con una breve asesoría pre test donde se habló sobre las generalidades de las ITS (VIH y sífilis) Sus signos y síntomas, tratamientos, diagnóstico y modo de transmisión, se enfatizó la importancia de realizar los tamizajes para un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado se explicó en lo que consistía la prueba y el Procedimiento en casos de resultados positivos. Posteriormente cada usuario accedió a la realización de la prueba, se entregaron resultados, se brindó asesoría post test a cada participante y se entregaron 5 preservativos. Durante la jornada salieron 4 remisiones

Conclusiones

Se llevó a cabo la jornada en su totalidad, los usuarios con resultados positivos se les hizo su debida remisión guardando la confidencialidad.

Recomendaciones

Sin recomendaciones

Responsables de la Actividad

Dairo Bocanegra
7861630
Vicepresidente JAC

María Romero López
1142713482
Enfermera

278

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje Para ITS (VIH y sífilis)

DIA:	27	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Valentina Pestana Cogollo	CC	1073972496	3126206123	21	F	M								X	X				X			X		Valentina P.
2	Wendys Cordero B.	CC	1074001749	3202889709	30	F	M								X	X				X			X		Wendys cordero
3	Silvia Osten Ruiz	CC	1047267345	3276265786	35	F	M								X	X				X			X		Silvia Osten
4	Rafaela Hernandez P	CC	1074008377	3103783746	28	F	M								X	X				X			X		Rafaela H.
5	Nivis Betancourt D	CC	1193097484	3135408204	31	F	M								X	X				X			✓		Nivis B.D
6	Ana Ibañez Miranda	CC	26275775	3107487935	47	F	M								X	X				X			X		Ana Ibañez
7	Ronaldiño Domico B	CC	1073971949	3004930247	23	M	H			X					X	X				X			X		
8	Mónica Mejia Pérez	CC	40931795	3205512716	40	F	M								X	X				X			X		
9	Alfanis Solano Mejia	TI	1073990890	3745794766	16	F	M								X	X				X			X		Alfanys
10	Vanesa Cuñapa B	TI	1073989517	3135408204	16	F	M			X						X				X			X		Vanesa Cuñapa

HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	PIC Plan de Intervenciones Colectivas con Enfoque en Salud · CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Tamizaje para ITS (VIH y sífilis)

DIA:	27	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Bl Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yunaibi Domico D	CC	1073971754	No tiene	21	F	M			X						X				X			X		Yunaibi D.D.
2	Luis Villalba sotelo	CC	92517364	3226703470	50	M	H								X	X			X			X	X		
3	Heidy Paola Romero L	CC	1073981 037	300946 6481	18	F	M								X	X				X			X		Heidy Romero
4	Luz Linex Domico Domico	CC	1073971410	3148460595	26	F	M			X						X				X			X		Luz Linex D.D
5	Dulce María Alvarez	CC	1073 975 624	320 551 2176	19	F	M								X	X				X			X		Dulce María
6	Sandra Calle Ceil	CC	41944 676	312864 9327	45	F	M								X	X				X			X		Sandra Calle C
7	Dayana Cossman Lopez	CC	1073984 541	312781 5898	20	F	M								X	X				X			X		Dayana
8	Omar Domico Domico	CC	1073976056	No tiene	19	M	H			X						X				X			X		Omar D.D.
9	Idis Olivera Barbosa	CC	26231107	304650 7308	54	F	M								X	X				X			X		Idis Olivera
10	Gabriel Mora Aguilar	CC	1192918 967	301505 8733	26	M	H								X	X			X			X	X		

58

HOSPITAL SAN JOSE	FORMATO ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	VPIC

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje para ITS (VIH y sífilis)

DIA:	27	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Jose Miguel Cogollo Muñoz	CC	1003736796	3127082406	22	M	H								X	X				X			X		Jose Cogollo
2	Ariel Hernandez Martinez	CC	1192770614	3015724553	26	M	H								X	X			X			X	X		Ariel Hernandez
3	Euripide Castro Ballesteros	CC	78765538	3127934257	52	M	H								X	X			X			X	X		.
4	Anyis Domicó Casama	CC	1073477408	3042649131	19	F	M			X						X				X			X		Anyis Domico
5	Jose Gabriel Gonzalez	CC	1073977702	3215956974	20	M	H								X	X				X			X		Jose Gabriel
6	Weldy Vanesa Domico	CC	1073977224	3146064830	19	F	M			X						X				X			X		Weldy D.D.
7	Angiej Tuno Mestra	CC	1003735938	3226248143	22	F	M								X	X				X			X		Angiej Tuno
8	Villamiz Domico D	TI	1073986639	3004578216	17	F	M			X						X				X			X		Villamiz Domico
9	Lucero Estela Berrio	CC	1073995667	3135177262	32	F	M								X	X				X			X		Lucero B.M
10	Ligia Domico Domico	CC	26231883	No tiene	54	F	M			X						X				X			X		No firma

28

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

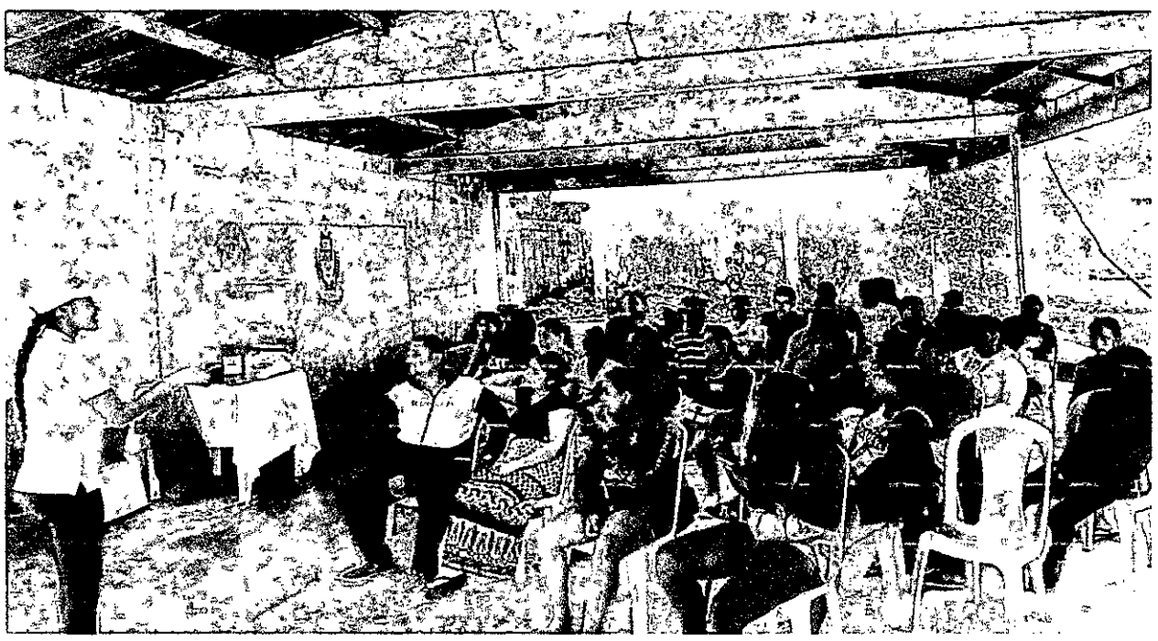
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO ESMERALDA**
Fecha:	**27 DE AGOSTO DE 2025 HORA: 08:00 AM – 10:30 AM**
Personas Intervenidas:	**20**

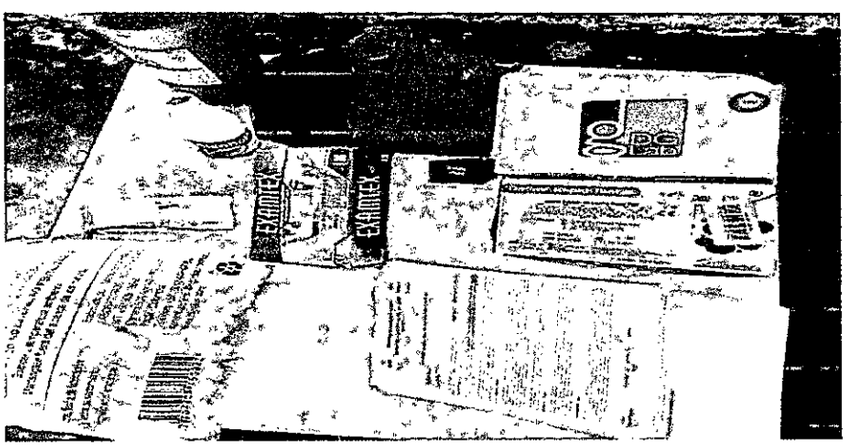
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD

REALIZACIÓN DE ASESORIA PRETEST



INSUMOS



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

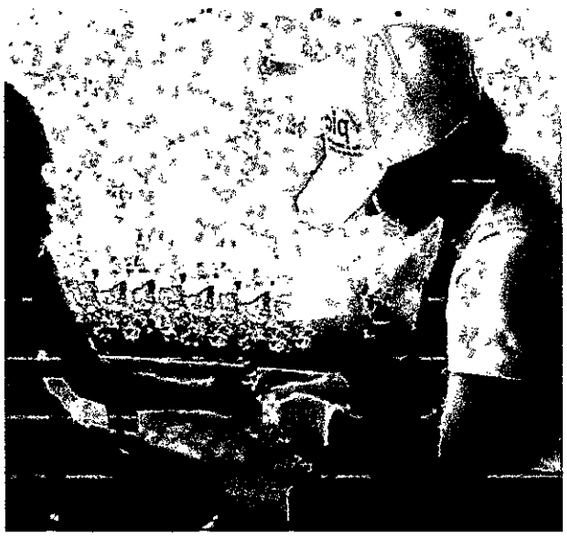
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO ESMERALDA**
Fecha:	**27 DE AGOSTO DE 2025 HORA: 08:00 AM – 10:30 AM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE TAMIZAJE PARA ITS (VIH Y SÍFILIS), CON ENFOQUE PREVENTIVO A PERSONAS ENTRE 15 Y 60 AÑOS DE EDAD POR PARTE DE PERSONAL CERTIFICADO EN POCT A EXCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGÍA. SE DEBE GARANTIZAR LA ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA Y LA ENTREGA DE CINCO (05) PRESERVATIVOS A LAS PERSONAS QUE ACCEDAN A LAS PRUEBAS, SE DEBE GARANTIZAR CANALIZACIÓN LA EFECTIVA DE LOS USUARIOS CON RESULTADOS REACTIVOS A LA IPS PRIMARIA PARA CAPTACIÓN DE LOS CASOS RESGUARDANDO LA CONFIDENCIALIDAD.

REALIZACION DE LA PRUEBA



ENTREGA DE PRESERVATIVOS



ENTREGA DE RESULTADOS, PRESERVATIVOS Y ASESORIA POST PRUEBA



ANEXOS

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Angis Damian Cassama
Historia Clínica:	1073977408

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Angis Damian Cassama. 1073 977 408.

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero López
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Ariel Hernández Martinez
Historia Clínica:	1192770614

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales ó a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

[redacted]ITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]ibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Ariel Hernandez — 1192770614

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

María Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Euripide Castro Ballesteros
Historia Clínica:	78765538

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

[redacted]ITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]bles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.



Firma del Paciente

CC N° 78765538

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Lucero Estela Berrio Moreno
Historia Clínica:	1073995667

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

[redacted]ITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]sibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Lucero B.M — 1'073.995.667

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

28

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maira Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Angely Tano Mestra
Historia Clínica:	1003735938

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

MITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x Angely Tano

Firma del Paciente

x 1003735938

CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO---------

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Jose Miguel Cogollo Muñoz
Historia Clínica:	1003736796

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x Jose Cogollo — Firma del Paciente

x 1003736796 — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Ligia María Domico Domico
Historia Clínica:	26231283

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

X _____ X 26231283

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1792713482

_____

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Ayosto	2021

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	(D) Jeldy Domico Domico
Historia Clínica:	1073977222

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Weldy Vanessa D. D. x1073 977 222

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maria Romero Lopez
CC N°	1792713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

_____ CC No _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Omar Domico Domico
Historia Clínica:	1073976056

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este,procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

+ Omar D. D. _____ + 1073976056 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Villamiz Domico Domico
Historia Clínica:	1073986639

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que:además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría,para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente Villamiz Domico Domico ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

29

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo Yunabi Domico Domico con documento de

Identidad No: 1073471754 doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: Yunabi D. Parentesco: Hermana CC No 1073471754

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO _____

_____ CC No _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Jose Gabriel Gonzalez Cabiedes
Historia Clínica:	1073977002

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene ún antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria,se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo:ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x José Gabriel Gonzalez x 1073977002

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Luis Alberto Villalba Sotelo
Historia Clínica:	92517369

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. Tamblén pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

92517369
CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[illegible]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maña Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Yunaibi Domico Domico
Historia Clínica:	1073971754

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x Yunaibi Domico Domico x 1073971754

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Luz Liney Domico Domico
Historia Clínica:	1073971410

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

x Luz Liney D. D. x 1073971410

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	7792713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Sandra coll. c1
Historia Clínica:	41949676

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Sandra coll. c1 41949676

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maña Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Heidy Paola Romero Lopez
Historia Clínica:	1073981037

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Heidy Romero _____ 1073981037 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maria Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ___X___ NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Vanesa Cuñapa Betancour
Historia Clínica:	1073489517 - 1

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente Vanesa Cuñapa Betancour ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo Niris Betancour Domico con documento de

Identidad No: 1193097484, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: Niris BD Parentesco: Mamá CC No 1193097484

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ CC No _____

Firma del paciente o Representante

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Alfanis Solano Mejia
Historia Clínica:	1073990890

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente Alfanis Solano Mejía ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo Monica Patricia Mejia Pena, con documento de

Identidad No: 40931795, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: Madre CC No 40931795

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO _____

_____ CC No _____

Firma del paciente o Representante

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Mónica Mejia Pérez
Historia Clínica:	40931795

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

CC N° 40931795

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192763482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	22	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Ronaldiño Domico Bailarin
Historia Clínica:	1073971949

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente Infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la Infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma del Paciente

1073971949
CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

304

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)
O PROFESIONAL CERTIFICADO

:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

SE REALIZÓ ASESORÍA PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO
O PROFESIONAL CERTIFICADO

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Ana Ibañez Miranda
Historia Clínica:	26215775

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Ana Ibañez _____ 26215775 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)
O PROFESIONAL CERTIFICADO

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

SE REALIZÓ ASESORÍA PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO
O PROFESIONAL CERTIFICADO

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Silvia Osten
Historia Clínica:	1041261345

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Silvia Osten — 1041261345

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

306

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maña Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2**
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Rafaela Hernandez
Historia Clínica:	1074 00 83 77

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Rafaela Hernandez _____ 1074 00 83 77 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

902

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)
O PROFESIONAL CERTIFICADO

:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maria Romero Lopez
CC N°	1142713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

SE REALIZÓ ASESORÍA PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO
O PROFESIONAL CERTIFICADO

[redacted]	**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	**VERSION: 2** **Fecha:01 07 22**

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Valentina Restana Cossio
Historia Clínica:	1073972496

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que, además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Valentina Restana C 1073972496

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Gwendys Cordero Blanquicett
Historia Clínica:	1074001149

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Gwendys Cordero — 1074001149

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____. CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	29	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Niris Betancour
Historia Clínica:	1193097484

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

[redacted]ITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

[redacted] han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]ibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Niris Betancour D — 1193097484

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	[redacted]
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)
O PROFESIONAL CERTIFICADO

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

SE REALIZÓ ASESORÍA PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO
O PROFESIONAL CERTIFICADO

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Duvis Maria Alvarez Pacheco
Historia Clínica:	1073 975 624

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Duvis Maria Alvarez P. 1073 975 624

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC.No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2024

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	DAYANA CECILIA GUZMAN LOPEZ
Historia Clínica:	1073984547

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimientó) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

ITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

DAYANA GUZMAN LOPEZ 1073984547

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

312

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	DIA	MES	AÑO
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	MES	AÑO
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO---

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Gabriel Mora Aguilar
Historia Clínica:	1192918967

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

X Gabo

Firma del Paciente

X 1192918967

CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

313

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	María Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO----------

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
[redacted]	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2
		Fecha:01 07 22

CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Nombre del Paciente:	Idis mabel olivera Barboza
Historia Clínica:	26231101

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA.

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente, esto sucede cuando la prueba realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

DECLARACIONES Y FIMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Idis mabel olivera — 26231101

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA	VERSION: 2 Fecha:01 07 22

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) **APROBADO POR:**

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

Nombre del Bacteriólogo Responsable	Maña Romero Lopez
CC N°	1192713482

M. Romero

Firma del Bacteriólogo Responsable

Firmado en la fecha:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	27	Agosto	2025

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

	DIA	**MES**	**AÑO**
Firmado en la fecha:			

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ **CC No** _____

Firma del paciente o Representante

_____

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

ANEXOS

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	[redacted]
	FORMATO DE REMISION	

LISTA DE CHEQUEO

REMISION DE PACIENTES

CRITERIOS

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Miguel Cogollo Muñoz

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003736796

FECHA: 27 Agosto 2025

1. SERVCIO AL CUAL SE REMITE

2. PROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION:

3. HIPERTENSOS SI ☐ NO ☐

4. DIABETES SI ☐ NO ☐

5. SOBREPESO SI ☐ NO ☐

6. AYUDAS DIAGNOSTICAS (LABORATORIO CLINICO) SI ☒ NO ☐

7. SITIO DE REMISION EGPSE Hospital San José

8. PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA REMISION Yaira Romero (PTC Departamento)

9. OBSERVACIONES

Paciente fue durante tamizaje de VIH obtuvo resultado reactivo en VIH y reactivo (positivo) en sífilis, se remite para pruebas de laboratorio y extensión medida.

316

vpic	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL SAN JOSE [redacted]
	FORMATO DE REMISION	

LISTA DE CHEQUEO

REMISION DE PACIENTES

CRITERIOS

NOMBRES Y APELLIDOS Wveldy Vanessa Pomico Domico

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1073977222

FECHA 27 Agosto 2025

1. SERVCIO AL CUAL SE REMITE :
2. PROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION:
3. HIPERTENSOS SI ☐ NO ☐
4. DIABETES SI ☐ NO ☐
5. SOBREPESO SI ☐ NO ☐
6. AYUDAS DIAGNOSTICAS (LABORATORIO CLINICO) SI ☒ NO ☐
7. SITIO DE REMISION Pyp ESE Hospital San Jose
8. PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA REMISION Yanci Romero (Pic Departamental)
9. OBSERVACIONES
Paciente que durante tamizaje de Sifilis obtiene resultado reactivo (positivo) se remite para pruebas de laboratorio y atención medica

317

Vpic	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL SAN JOSE [redacted]
	FORMATO DE REMISION	

LISTA DE CHEQUEO

REMISION DE PACIENTES

CRITERIOS

NOMBRES Y APELLIDOS Villamiz Domicó Domicó

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1073986639

FECHA 27 Agosto 2025

1. SERVCIO AL CUAL SE REMITE
2. PROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION:
3. HIPERTENSOS SI ☐ NO ☐
4. DIABETES SI ☐ NO ☐
5. SOBREPESO SI ☐ NO ☐
6. AYUDAS DIAGNOSTICAS (LABORATORIO CLINICO) SI ☒ NO ☐
7. SITIO DE REMISION PyP ESE Hospital San Jose
8. PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA REMISION Maria Romero (PIC Departamental)
9. OBSERVACIONES
   Paciente q.e durante tamizaje de sífilis obtiene resultado reactivo (positivo) se remite para prueba de laboratorio y valoración medica

Vpic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud / GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]
	FORMATO DE REMISION	

LISTA DE CHEQUEO

REMISION DE PACIENTES

CRITERIOS

NOMBRES Y APELLIDOS Yondibi Domico Domico

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1023971954

FECHA 29 Agosto 2025

1. SERVCIO AL CUAL SE REMITE :
2. PROGRAMA PROMOCION Y PREVENCION
3. HIPERTENSOS SI ☐ NO ☐
4. DIABETES SI ☐ NO ☐
5. SOBREPESO SI ☐ NO ☐
6. AYUDAS DIAGNOSTICAS (LABORATORIO CLINICO) SI ☒ NO ☐
7. SITIO DE REMISION PyP ESE Hospital San José
8. PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA REMISION Maira Romero (PIC Departamental)
9. OBSERVACIONES
Paciente se durante tamizaje de SIFILIS obtiene resultado reactivo (Positivo) se remite para pruebas de confirmación y atención medica

319

HOSPITAL SAN JOSE [redacted]	INFORME DE EJECUCION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Gobernación de CÓRDOBA

URBANO

JORNADAS DE CAPACITACIÓN CONSISTENTE DE EN CUATRO TALLERES DE 2 HORAS DE DURACIÓN DIRIGIDAS A LAS GESTANTES Y MADRES LACTANTES PARA CAPACITARLAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA Y CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADA HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD O MÁS. DURANTE EL TALLER SE VERIFICARÁN LOS SIGUIENTES ASPECTOS: 1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PARA LA MADRE, EL NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD) 2. OBSERVACIÓN DE LA MAMADA PARA IDENTIFICAR POSTURA DE LA MADRE Y EL LACTANTE, SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LA LECHE; DURANTE ESTA ACTIVIDAD SE DEBE APLICAR LA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA 3. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. 4. DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA Y DÓNDE CONSULTAR Y BUSCAR CUANDO APOYO HAY DIFICULTADES PARA LA LACTANCIA. (SE DEBE INFORMAR LA RUTA PARA ACCEDER A LA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA DE LA QUE DISPONE LA E.S.E. MUNICIPAL)

[redacted]	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: B/ Esmeralda	Hora de Inicio: 2:00 pm
Fecha 26 Agosto 2025	Hora de Finalización: 4:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada de capacitación consistente en 2 talleres dirigida a gestantes y madres lactantes para capacitar-las sobre lactancia materna y alimentación Complementaria

Desarrollo de la Reunión

llegada, presentación y bienvenida. Introducción al tema con Preguntas sobre lactancia e inicio de la jornada con el tema sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre, el niño y la comunidad, a continuación se hizo observacion de la mamada donde se aplicó la ficha de evaluación de la técnica de la lactancia, se dieron recomendaciones y se prosiguió con la información, a través de ayudas didácti-cas como diapositivas se mostró las posiciones adecuadas para amamantar y los signos de transferencia eficaz.
Por último se abrió un espacio para Preguntas y respuestas. donde se resolvieron dudas, se hizo invitación para la proxima jornada.

Conclusiones

Finalizó la actividad sin contratiempos.

Recomendaciones

Ninguna

Responsables de la Actividad

Valentina Pestana
1073971490
Asistente

Maria Romero L.
1192713482
Enfermera

322

e	HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA	PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
		CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025		

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de capacitación Sobre lactancia materna y alimentación complementaria

DIA:	26	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carolina Perez	CC	1043510201	3017192454	35	F	M								X	X				X			X		Carolina Perez
2	Merlys Vergara	CC	1073979848	3235239519	19	F	M								X	X				X			X		Merlys Contreras
3	Luisa Contreras	CC	1093984086	3103730624	18	F	M	X								X				X			X		Luisa C.
4	Nancy Contreras	CC	32254623	3135147208	53	F	M									X				X			X		Nancy C.
5	Dayana Delgado	CC	1071428375	3235351359	18	F	M								X	X				X			X		Dayana delgado
6	Yarleys Guevara	CC	1071438945	3112032401	22	F	M	X								X				X			X		Yarleis Guevara
7	Eliana Petro	CC	1073989034	3103789102	35	F	M								X	X				X			X		Jenys petro
8	Kelly Alonso	CC	1067977022	3126207129	22	F	M								X	X				X			X		Kelly Alonso
9	Maria Domico	CC	32357887	3205055503	40	F	M								X	X				X			X		No firma
10	Daray Sapia	T.I	1073989595	No TIENE	16	F	M	X								X				X			X		

e	HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA	PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
		CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025		

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de capacitación sobre lactancia materna y alimentación complementaria

DIA:	26	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Claudia Bailann	CC	506417574	NO TIENE	41	F	M								X	X				X			X		No Firma
2	Alexandra Pestana Cogollo	CC	1003736 78	321810 7648	22	F	M								X	X				X			X		Alexandra Pestana Cogollo
3	Lucely Domico Cabrera	CC	1073971 746	No tiene	37	F	M			X						X				X			X		Lucely D. C.
4	Valentina Pestana	CC	1073972 496	312620 6723	21	F	M								X	X				X			X		Valentina P.
5	María Fernanda Domicó B	TI	1073986 699	No tiene	17	F	M			X						X				X			X		María Domicó
6	Mileidy Zuñita M.	CC	1073990 598	310745 2854	34	F	M								X	X				X			X		Mileidys Zuñita
7	Lorainí Ospina Cosamba	CC	1192895 392	311340 9367	29	F	M								X	X				X			X		Lorainí Ospina
8	Saranis Martínez Perez	CC	1071428 733	300 187 3066	21	F	M								X	X				X			X		Saranis Martínez P.
9	Juanita Alvarez Mena	CC	1074000 049	320 671 7995	31	F	M								X	X				X			X		Juanita Alvarez M
10	Luz Aleida Lozano Herrera	CC	39286 422	313 598 2442	42	F	M								X	X				X			X		Luz Aleida Lozano

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO ESMERALDA**
Fecha:	**26 AGOSTO DE 2025 HORA: 02:00 PM- 04:00 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE CAPACITACIÓN CONSISTENTE DE EN CUATRO TALLERES DE 2 HORAS DE DURACIÓN DIRIGIDAS A LAS GESTANTES Y MADRES LACTANTES PARA CAPACITARLAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA Y CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADA HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD O MÁS. DURANTE EL TALLER SE VERIFICARÁN LOS SIGUIENTES ASPECTOS: 1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PARA LA MADRE, EL NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD) 2. OBSERVACIÓN DE LA MAMADA PARA IDENTIFICAR POSTURA DE LA MADRE Y EL LACTANTE, SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LA LECHE; DURANTE ESTA ACTIVIDAD SE DEBE APLICAR LA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA 3. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. 4. DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA Y DÓNDE CONSULTAR Y BUSCAR CUANDO APOYO HAY DIFICULTADES PARA LA LACTANCIA. (SE DEBE INFORMAR LA RUTA PARA ACCEDER A LA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA DE LA QUE DISPONE LA E.S.E. MUNICIPAL)

TALLER CON ASISTENTES Y USO DE VIDEO BEAM



Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO ESMERALDA**
Fecha:	**26 AGOSTO DE 2025 HORA: 02:00 PM- 04:00 PM**
Personas Intervenidas:	**20**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

JORNADAS DE CAPACITACIÓN CONSISTENTE DE EN CUATRO TALLERES DE 2 HORAS DE DURACIÓN DIRIGIDAS A LAS GESTANTES Y MADRES LACTANTES PARA CAPACITARLAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA Y CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADA HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD O MÁS. DURANTE EL TALLER SE VERIFICARÁN LOS SIGUIENTES ASPECTOS: 1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA (PARA LA MADRE, EL NIÑO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD) 2. OBSERVACIÓN DE LA MAMADA PARA IDENTIFICAR POSTURA DE LA MADRE Y EL LACTANTE, SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LA LECHE; DURANTE ESTA ACTIVIDAD SE DEBE APLICAR LA FICHA DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA 3. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA. 4. DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA Y DÓNDE CONSULTAR Y BUSCAR CUANDO APOYO HAY DIFICULTADES PARA LA LACTANCIA. (SE DEBE INFORMAR LA RUTA PARA ACCEDER A LA CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA DE LA QUE DISPONE LA E.S.E. MUNICIPAL)

APLICACIÓN DE LA FICHA DE EVALUACION DE LA TECNICA DE LACTANCIA MATERNA



FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Soraya Martinez Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA

GENERALES

Madre:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está relajada y cómoda
- [x] Signos de vínculo afectivo madre/bebé
  (Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)

Bebé:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está calmado y/o alerta mientras mama
- [x] Busca el pecho si tiene hambre
  (Búsqueda, explora el pecho con la lengua)

SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD

Madre:

- [ ] Se ve enferma o deprimida
- [ ] Está tensa e incomoda
- [ ] No existe contacto visual madre/bebé
  (Lo toca poco, no hay casi contacto físico)

Bebé:

- [ ] Se ve somnoliento o enfermo
- [ ] Está inquieto o llorando
- [ ] No busca el pecho
  (No se observa búsqueda)

PECHOS

- [x] Blandos después de la mamada
- [x] No presentan dolor o molestias
- [x] Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón
- [x] Pezón sobresale de su base
- [ ] Pechos redondeados mientras el bebé mama
- [x] La cabeza y el cuerpo están alineados
- [x] Está en contacto con el cuerpo de la madre
- [ ] Todo el cuerpo del bebé es sostenido
  (Nalgas del bebé apoyadas)
- [ ] Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón

- [ ] Pechos ingurgitados (pletóricos)
- [ ] El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
- [ ] Sostiene el pecho con los dedos en la areola
- [ ] Pezón plano, no sobresale
- [ ] Pechos estirados o halados
- [ ] El cuello y la cabeza están torcidos
- [ ] El bebé no está en contacto
- [x] Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
- [ ] Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

- [ ] Se ve más areola por encima del labio superior
- [ ] Más areola por debajo del labio inferior
- [ ] La boca está muy abierta
- [ ] El labio inferior hacia fuera
- [ ] El mentón toca el pecho
- [ ] La boca no está muy abierta
- [ ] Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
- [ ] El mentón no toca el pecho
- [ ] Lengua adelante y acanalada
- [ ] Succiones lentas, profundas, con pausas
- [x] Mejillas redondeadas
- [x] Se puede ver u oír al bebé deglutiendo
- [x] El bebé suelta el pecho espontáneamente
- [ ] La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina
- [ ] Lengua posterior y/o plana
- [ ] Succiones rápidas, superficiales
- [ ] Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
- [ ] Se oye al bebé chasqueando
- [ ] La madre retira al bebé del pecho

El bebé mamó durante 20 minutos.

María Romero L.
PROFESIONAL

Soraya Martinez P.
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Kelly Alonso Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X
EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
X Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
X Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
X Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
X Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
X Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
X Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
X Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
X No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	X Sostiene el pecho con los dedos en la areola
X Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama	X Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	X El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	X El bebé no está en contacto
X Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
X Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
X Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
X La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
X El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
X El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho
X Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
X Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
X Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
X Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
X El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
☐ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Kelly Alonso
FIRMA

326

[redacted]

vpic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Lucely Pomico C Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
[X] Se ve saludable	[ ] Se ve enferma o deprimida
[ ] Está relajada y cómoda	[X] Está tensa e incomoda
[ ] Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	[X] No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
[X] Se ve saludable	[ ] Se ve somnoliento o enfermo
[X] Está calmado y/o alerta mientras mama	[ ] Está inquieto o llorando
[X] Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	[ ] No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
[X] Blandos después de la mamada	[ ] Pechos ingurgitados (pletóricos)
[X] No presentan dolor o molestias	[ ] El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
[ ] Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	[X] Sostiene el pecho con los dedos en la areola
[X] Pezón sobresale de su base	[ ] Pezón plano, no sobresale
[X] Pechos redondeados mientras el bebé mama	[ ] Pechos estirados o halados
[ ] La cabeza y el cuerpo están alineados	[X] El cuello y la cabeza están torcidos
[ ] Está en contacto con el cuerpo de la madre	[X] El bebé no está en contacto
[ ] Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	[X] Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
[X] Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	[ ] Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
[X] Se ve más areola por encima del labio superior	[ ] Más areola por debajo del labio inferior
[X] La boca está muy abierta	[ ] La boca no está muy abierta
[X] El labio inferior hacia fuera	[ ] Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
[X] El mentón toca el pecho	[ ] El mentón no toca el pecho
[X] Lengua adelante y acanalada	[ ] Lengua posterior y/o plana
[X] Succiones lentas, profundas, con pausas	[ ] Succiones rápidas, superficiales
[X] Mejillas redondeadas	[ ] Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
[X] Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	[ ] Se oye al bebé chasqueando
[X] El bebé suelta el pecho espontáneamente	[ ] La madre retira al bebé del pecho
[X] La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero L.
PROFESIONAL

Lucely P. C.
FIRMA

329

[redacted]

ypic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Lorainí Ospina Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA

GENERALES

Madre:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está relajada y cómoda
- [ ] Signos de vínculo afectivo madre/bebé
  (Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)

Bebé:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está calmado y/o alerta mientras mama
- [x] Busca el pecho si tiene hambre
  (Búsqueda, explora el pecho con la lengua)

SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD

Madre:

- [ ] Se ve enferma o deprimida
- [ ] Está tensa e incomoda
- [x] No existe contacto visual madre/bebé
  (Lo toca poco, no hay casi contacto físico)

Bebé:

- [ ] Se ve somnoliento o enfermo
- [ ] Está inquieto o llorando
- [ ] No busca el pecho
  (No se observa búsqueda)

PECHOS

- [x] Blandos después de la mamada
- [x] No presentan dolor o molestias
- [x] Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón
- [x] Pezón sobresale de su base
- [x] Pechos redondeados mientras el bebé mama
- [ ] La cabeza y el cuerpo están alineados
- [x] Está en contacto con el cuerpo de la madre
- [ ] Todo el cuerpo del bebé es sostenido
  (Nalgas del bebé apoyadas)
- [x] Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón

- [ ] Pechos ingurgitados (pletóricos)
- [ ] El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
- [ ] Sostiene el pecho con los dedos en la areola
- [ ] Pezón plano, no sobresale
- [ ] Pechos estirados o halados
- [x] El cuello y la cabeza están torcidos
- [ ] El bebé no está en contacto
- [x] Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
- [ ] Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

- [x] Se ve más areola por encima del labio superior
- [ ] Más areola por debajo del labio inferior
- [x] La boca está muy abierta
- [x] El labio inferior hacia fuera
- [x] El mentón toca el pecho
- [ ] La boca no está muy abierta
- [ ] Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
- [ ] El mentón no toca el pecho

- [x] Lengua adelante y acanalada
- [x] Succiones lentas, profundas, con pausas
- [x] Mejillas redondeadas
- [x] Se puede ver u oír al bebé deglutiendo
- [x] El bebé suelta el pecho espontáneamente
- [ ] La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina
- [ ] Lengua posterior y/o plana
- [ ] Succiones rápidas, superficiales
- [ ] Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
- [ ] Se oye al bebé chasqueando
- [ ] La madre retira al bebé del pecho

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Lorainí Ospina C
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Merlis Contreras Fecha: 26/8/15 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
X Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
X Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
X Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
X Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
X Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
X Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
X Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
X No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
X Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
X Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
X Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
X La cabeza y el cuerpo están alineados	☐ El cuello y la cabeza están torcidos
X Está en contacto con el cuerpo de la madre	☐ El bebé no está en contacto
X Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
X Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

X Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
X La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
X El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
X El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

X	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
X	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
X	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
X	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
X	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
X	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 15 minutos.

M. Romero L.
PROFESIONAL

Merlis Contreras
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Eliana Petro Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
X Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
X Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
X Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
X Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
X Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
X Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
X Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
X No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	X Sostiene el pecho con los dedos en la areola
X Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	X El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	X El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	X Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
X Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
X Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☐ La boca está muy abierta	X La boca no está muy abierta
X El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
X El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho
X Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
X Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
X Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
X Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
X El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
X La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 20 minutos.

N. Romero L.
PROFESIONAL

x Eudys Petro
FIRMA

32

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Dayana Delgado Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X
EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☐ Está relajada y cómoda	☒ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☐ No presentan dolor o molestias	☒ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☒ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☐ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO	
☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho
☒ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
☒ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
☒ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

M. Romero
PROFESIONAL

Dayana delgado
FIRMA

[redacted]

vpic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Darcy Sapia Fecha: 26/8/25 GESTANTE X LACTANTE ____

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☒ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☒ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☐ El mentón toca el pecho	☒ El mentón no toca el pecho
☒ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
☒ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
☐ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Darcy Sapia
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Yarleis Guevara Fecha: 26/8/25 GESTANTE X LACTANTE ____
EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☐ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☒ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☒ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☒ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☒ El mentón no toca el pecho
☒ Lengua adelante y acanalada	☒ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☒ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☒ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☒ Se oye al bebé chasqueando
☒ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☒ La madre retira al bebé del pecho
☒ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Yarleis Guevara.
FIRMA

[redacted]

pic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Milady Zuñiga Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
X Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
X Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	X No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
X Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
X Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
X Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
X Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☐ No presentan dolor o molestias	X El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	X Sostiene el pecho con los dedos en la areola
X Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
X Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
X La cabeza y el cuerpo están alineados	☐ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	X El bebé no está en contacto
X Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
X Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

X Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
X La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
X El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
X El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

X	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
X	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
X	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
X	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
X	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
X	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 20 minutos.

María Romero López
PROFESIONAL

Milady Zuñiga
FIRMA

[redacted]

ypic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Luisa Contreras Fecha: 26/8/25 GESTANTE X LACTANTE ____

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☐ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☐ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☒ La cabeza y el cuerpo están alineados	☐ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☐ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

☒	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
☒	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
☒	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
☒	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
☐	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Luisa Contreras
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Claudia Ballarin Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☒ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho. *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☒ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☐ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

☒	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
☒	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
☒	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
☒	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
☐	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

No Firma
FIRMA

[redacted]

ypic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Luz Lozano Fecha: 26/9/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé *(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)*	☐ No existe contacto visual madre/bebé *(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre *(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)*	☐ No busca el pecho *(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido *(Nalgas del bebé apoyadas)*	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

☒	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
☒	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
☒	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
☒	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
☐	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 20 minutos.

María Romero L.
PROFESIONAL

Luz Aleida Lozano
FIRMA

339

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Nancy Contreras Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	☒ No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☒ Pechos estirados o halados
☒ La cabeza y el cuerpo están alineados	☐ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	☒ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

☒	Lengua adelante y acanalada	☐	Lengua posterior y/o plana
☒	Succiones lentas, profundas, con pausas	☐	Succiones rápidas, superficiales
☒	Mejillas redondeadas	☐	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐	Se oye al bebé chasqueando
☒	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐	La madre retira al bebé del pecho
☐	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Nancy. C.
FIRMA

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: María Domico Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	☒ No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☒ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO	
☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☐ El mentón toca el pecho	☒ El mentón no toca el pecho
☒ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
☒ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
☐ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 20 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

NO FIRMA
FIRMA

3C

[redacted]

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Alexandra Pechara Fecha: 26/8/25 GESTANTE X LACTANTE ____

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	☐ No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☐ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☐ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	☒ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
☐ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho

☒ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
☐ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
☐ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero
PROFESIONAL

Alexandra Pechara Cogollo
FIRMA

[redacted]

vpic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Carolina Pérez Fecha: 26/8/25 GESTANTE ___ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☐ Está relajada y cómoda	☒ Está tensa e incomoda
☒ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	☐ No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☐ Blandos después de la mamada	☒ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	☒ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
☒ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho
☒ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
☒ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
☒ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
☐ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☒ La madre retira al bebé del pecho
☒ La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 1 minutos.

María Romero L.
PROFESIONAL

*Carolina Perez
FIRMA

[redacted]

ypic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Valentina Pestana Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
☒ Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incomoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	☒ No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
☒ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
☒ Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
☒ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
☒ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
☒ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	☒ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
☒ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
☒ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	☒ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	☒ El bebé no está en contacto
☒ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
☐ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☒ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

☒ Se ve más areola por encima del labio superior	☒ Más areola por debajo del labio inferior
☒ La boca está muy abierta	☒ La boca no está muy abierta
☒ El labio inferior hacia fuera	☒ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
☒ El mentón toca el pecho	☒ El mentón no toca el pecho

☒	Lengua adelante y acanalada	☒	Lengua posterior y/o plana
☒	Succiones lentas, profundas, con pausas	☒	Succiones rápidas, superficiales
☒	Mejillas redondeadas	☒	Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
☒	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☒	Se oye al bebé chasqueando
☒	El bebé suelta el pecho espontáneamente	☒	La madre retira al bebé del pecho
☒	La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina		

El bebé mamó durante 10 minutos.

Maria Romero
PROFESIONAL

Valentina Pestana C
FIRMA

[redacted]

ypic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: Juanita Alvarez Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA

GENERALES

Madre:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está relajada y cómoda
- [x] Signos de vínculo afectivo madre/bebé
  (Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)

Bebé:

- [x] Se ve saludable
- [x] Está calmado y/o alerta mientras mama
- [x] Busca el pecho si tiene hambre
  (Búsqueda, explora el pecho con la lengua)

SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD

Madre:

- [ ] Se ve enferma o deprimida
- [ ] Está tensa e incomoda
- [ ] No existe contacto visual madre/bebé
  (Lo toca poco, no hay casi contacto físico)

Bebé:

- [ ] Se ve somnoliento o enfermo
- [ ] Está inquieto o llorando
- [ ] No busca el pecho
  (No se observa búsqueda)

PECHOS

- [x] Blandos después de la mamada
- [x] No presentan dolor o molestias
- [ ] Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón
- [x] Pezón sobresale de su base
- [ ] Pechos redondeados mientras el bebé mama

- [ ] Pechos ingurgitados (pletóricos)
- [ ] El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
- [x] Sostiene el pecho con los dedos en la areola
- [ ] Pezón plano, no sobresale
- [ ] Pechos estirados o halados

- [ ] La cabeza y el cuerpo están alineados
- [ ] Está en contacto con el cuerpo de la madre
- [ ] Todo el cuerpo del bebé es sostenido
  (Nalgas del bebé apoyadas)
- [ ] Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón

- [x] El cuello y la cabeza están torcidos
- [x] El bebé no está en contacto
- [x] Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
- [ ] Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

AGARRE DEL PECHO

- [x] Se ve más areola por encima del labio superior
- [ ] Más areola por debajo del labio inferior

- [x] La boca está muy abierta
- [x] El labio inferior hacia fuera
- [x] El mentón toca el pecho

- [ ] La boca no está muy abierta
- [ ] Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
- [ ] El mentón no toca el pecho

- [x] Lengua adelante y acanalada
- [x] Succiones lentas, profundas, con pausas
- [x] Mejillas redondeadas
- [x] Se puede ver u oír al bebé deglutiendo
- [x] El bebé suelta el pecho espontáneamente
- [ ] La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina

- [ ] Lengua posterior y/o plana
- [ ] Succiones rápidas, superficiales
- [ ] Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
- [ ] Se oye al bebé chasqueando
- [ ] La madre retira al bebé del pecho

El bebé mamó durante 20 minutos.

María Romero L.
PROFESIONAL

Juanita Alvarez Mafra
FIRMA

3

[redacted]

vpic

FICHA DE EVALUACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: María Domicó B Fecha: 26/8/25 GESTANTE ____ LACTANTE X

EVALUACION

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
GENERALES	
Madre:	*Madre:*
X Se ve saludable	☐ Se ve enferma o deprimida
X Está relajada y cómoda	☐ Está tensa e incómoda
☐ Signos de vínculo afectivo madre/bebé	X No existe contacto visual madre/bebé
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, , mucho contacto)	*(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)*
Bebé:	*Bebé:*
X ☐ Se ve saludable	☐ Se ve somnoliento o enfermo
X Está calmado y/o alerta mientras mama	☐ Está inquieto o llorando
X ☐ Busca el pecho si tiene hambre	☐ No busca el pecho
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)	*(No se observa búsqueda)*
PECHOS	
X ☐ Blandos después de la mamada	☐ Pechos ingurgitados (pletóricos)
X ☐ No presentan dolor o molestias	☐ El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón	X ☐ Sostiene el pecho con los dedos en la areola
X ☐ Pezón sobresale de su base	☐ Pezón plano, no sobresale
X ☐ Pechos redondeados mientras el bebé mama	☐ Pechos estirados o halados
☐ La cabeza y el cuerpo están alineados	X ☐ El cuello y la cabeza están torcidos
☐ Está en contacto con el cuerpo de la madre	X ☐ El bebé no está en contacto
☐ Todo el cuerpo del bebé es sostenido	X ☐ Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
(Nalgas del bebé apoyadas)	
X ☐ Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón	☐ Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
X ☐ Se ve más areola por encima del labio superior	☐ Más areola por debajo del labio inferior
X ☐ La boca está muy abierta	☐ La boca no está muy abierta
X ☐ El labio inferior hacia fuera	☐ Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
X ☐ El mentón toca el pecho	☐ El mentón no toca el pecho
X ☐ Lengua adelante y acanalada	☐ Lengua posterior y/o plana
X ☐ Succiones lentas, profundas, con pausas	☐ Succiones rápidas, superficiales
X ☐ Mejillas redondeadas	☐ Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
X ☐ Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	☐ Se oye al bebé chasqueando
X ☐ El bebé suelta el pecho espontáneamente	☐ La madre retira al bebé del pecho
X La madre experimenta signos del reflejo de oxitocina	

El bebé mamó durante 15 minutos.

María Romero López
PROFESIONAL

María Domicó B.
FIRMA

URBANO

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

[redacted]	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Zona Verde Barrio Esmeralda (Parque).	Hora de Inicio: 8:00 Am.
Fecha 9 Agosto de 2025	Hora de Finalización: 12:00 Pm.

Objetivo(s) de la Reunión

-Promover la conciencia y comprensión sobre la salud mental y sus desafios.
-Promover habitos y estilos de vida saludable.
-fomentar la creacion de redes de apoyo en la comunidad.

Desarrollo de la Reunión

-Presentacion del festival, palabras de Bienvenida y objetivo.
-Se da inicio a la charla educativa sobre la salud mental, Prevencion y tratamiento se continua con actividades Artisticas como las danzas y la elaboracion de un modulo.
-Continuamos con actividades interactivas para fomentar la interaccion social y el bienestar emocional.
y finalizamos brindandoles la informacion de acceso a los servicios de salud mental a los que. Pueden acceder en caso de ser requerido.

Conclusiones

-Se alcanzó una audiencia diversa y amplia
-Se creó un espacio seguro y solidario para la comunidad.

Recomendaciones

Continuar promoviendo la conciencia y comprensión sobre la salud mental.

Responsables de la Actividad

(Asistente)
Asenath Martinez J.
50 888 464

Paula Pastrana.
1.003.737.069.
(Psicologa).

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Determinantes Sociales en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de Salud mental

DIA:	9	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Zona Verde Barrio Esmeralda (parque)	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Josús Daniel Vargas Aguilar	TI	1073991111127	No tiene	16	M	H								X	X							X		Jesus Vargas.
2	Andres Atencia Negrete	CC	1092100786	No tiene	27	M	H								X	X			X			X	X		Andres Atencia.
3	Jorge. Herrera Lopez.	CC	1073918742	No tiene	45	M	H								X	X							X		Jorge. Herrera.
4	Esneider Ney Arraga	TI	1122991962	No tiene	15	M	H								X	X							X		Esneider. Ney.
5	Owen Chavez Navarro	CC	1010185887	No tiene	18	M	H								X	X							X		Owen Chavez
6	Dairo Manuel Lora Reyes	CC	1073988811	No tiene.	18	M	H								X	X							X		Dairo Lora.
7	Sebastian Hernandez T	TI	1044630577	No tiene.	15	M	H								X	X							X		Sebastian H.
8	Asenety Martinez Jimenez	CC	50888464	3105444552	42	F	M								X	X							X		Asenety M.
9	Chaira Fuentes Camargo	TI	1073992527	3216727758	15	F	M								X	X							X		Chaira Fuentes.
10	Yorlenis Lora Fuentes	TI	1073984466	No tiene	17	F	M								X	X							X		Yorlenis. Lora.

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Determinantes Sociales en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de Salud mental

DIA:	9	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Zona Verde Barrio Esmeralda (Parque)	ZONA:	urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Valeria Cerpa Hernandez	Ti	1071436866	No tiene	13	F	M								X	X				X			X		Valeria Cerpa
2	Mariana Cerpa Salcedo	Ti	1023531945	No tiene	12	F	M								X	X				X			X		mariana cerpa
3	Liliana Zuñiga Martinez	CC	1133871111	3117336202	40	F	M								X	X			X			X	X		
4	Cristian Avila Castillo	Ti	1073989543	No tiene	16	M	H								X	X				X			X		Cristian C
5	Elio Nazar Martinez	Ti	1073989639	No tiene	15	M	H								X	X				X			X		Elio. Nazar
6	Marcol Steven Lugo Jacaba	Ti	1079765867	No tiene	14	M	H								X	X				X			X		Marcol Lugo.
7	Yairis Estela Guzman M	TI	1071435144	No tiene	17	F	M								X	X				X			X		Yairis
8	Jose Diaz Miranda	TI	1073994279	No tiene	14	M	H								X	X				X			X		Jose Diaz.
9	Hugo Flores Seña	Ti	1073985892	No tiene	16	M	H								X	X				X			X		Hugo Seña.
10	Alex Delgado Hernandez	Ti	1073993025	No tiene	14	M	H								X	X				X			X		Alex Delgado.

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Determinantes Sociales en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de Salud mental.

DIA:	9	MES:	Agosto.	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Zona verde Barrio Esmeralda (parque)	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Cecilia Cogollo Negrete	CE	22172518	No tiene.	46.	M	f.							X		X			X			X	X		
2	Dany Reyes Molina	CC	1073980942	No tiene	44	f	M								X	X				X			X		Dany R.M.
3	Elizabeth Vargas	CC	1083788311	No tiene	36	f	M								X	X				X			X		Elizabeth
4	Dorelis Jaraba	CC	1083621475	No tiene	33	f	M								X	X				X			X		Dorelis Jaraba
5	Francia Lopez B.	CC	50640248	No tiene	45	f	M								X	X				X			X		francia B.
6	Berta Ramos S.	CC	50691358	No tiene	42	f	M								X	f				X			X		BERTA RAMOS
7	Ana Nerio Hernandez	CC	1083788411	No tiene	33	f	M								X	X			X			X	X		Ana Nerio.
8	Tania Serpa Mejia	TI	1063650803	No tiene	15	f	M								X	X			X			X	X		tania S.
9	Yina Hernandez Moreno	TI	1083933965	No tiene.	15	f	M								X	X				X			X	-	Yina H M.
10	Luisa Acosta Ramos	TI	1083983324	No tiene.	16	f	M							X		f			X			X	X		Luisa

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Determinantes sociales. en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: festival de Salud mental

DIA:		MES:	-	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Zona verde Barrio Esmeralda (parque)	ZONA:	Cabecera

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yolica Daza Elias	Ti	1082984515	Notiene	16	F	M.						X			X				X			X		Yulisa B.
2	Irsela Gonzales Mendoza	Ti	1078980402	Notiene	17	F	M						X			X				X			X		Irsela Alejandra.
3	Marly Montalvo leon	CC	1192713427	Notiene	39	f	M						X			X				X			X		Marly M.
4	Marcely Mejia Perez	CC	1063050803	Notiene	34	F	M						X			X				X			X		Marcela
5	Liliana Tapia Morales	CC	1073691726.	Notiene	38	f	M						X			X				X			X		
6	Wendy correa M	CC	1148142544	Notien	29.	F	M								X	X				X			X		WENDY C.
7	Yuda Salgado N	CC	50979961	Notien	51	F	M								X	X				X			X		Yader S.
8	Ledy Salgado	CC	26779355	No Tien.	36	F	M								X	X				X			X		Leidy Salgado
9	Ana Rosa Bonguen	CC	1041008246	Notien.	28	f	M								X	X				X			X	—	Ana Rosa D
10	Carlemina Martinez	CC	26209527	Notien	48	F	M.								X	X				X			X		

35

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Lugar:	CANCHA BARRIO GALAN
Fecha:	09/08/2025
Hora:	08:00 AM- 12:00 PM
Personas Intervenidas:	30 PERSONAS DEL MICRO TERRITORIO URBANO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO.

REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARÁN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL.2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO.3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

30 PARTICIPANTES



35

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

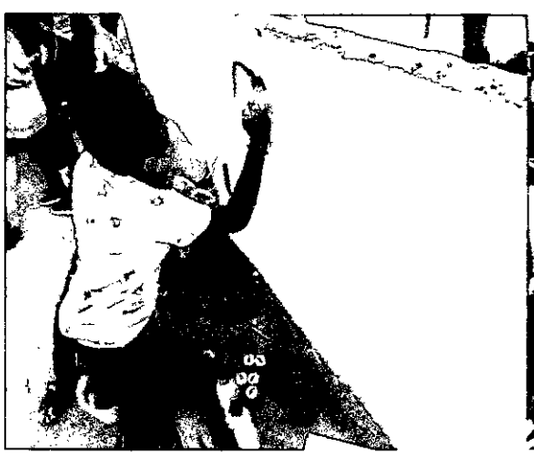
Lugar:	CANCHA BARRIO GALAN
Fecha:	09/08/2025
Hora:	08:00 AM- 12:00 PM
Personas Intervenidas:	30 PERSONAS DEL MICRO TERRITORIO URBANO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO.

REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARÁN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL.2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO.3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

MURAL









[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Lugar:	CANCHA BARRIO GALAN
Fecha:	09/08/2025
Hora:	08:00 AM- 12:00 PM
Personas Intervenidas:	30 PERSONAS DEL MICRO TERRITORIO URBANO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO.

REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARÁN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL.2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO.3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS

BAILE



MEDITACIÓN



REALIZAR CAMINATA AL AIRE LIBRE



35

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

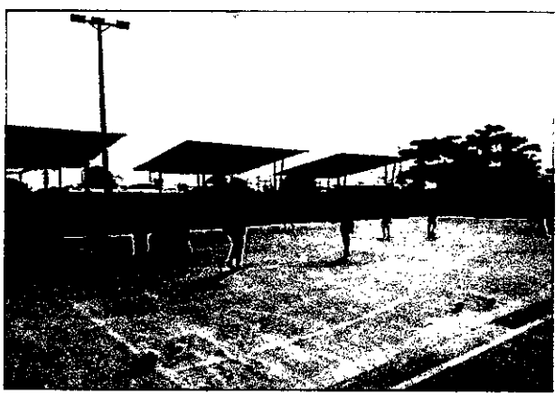
Lugar:	CANCHA BARRIO GALAN
Fecha:	09/08/2025
Hora:	08:00 AM- 12:00 PM
Personas Intervenidas:	30 PERSONAS DEL MICRO TERRITORIO URBANO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO.

REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARÁN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL.2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO.3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

ACTIVIDAD CON BALONES





BOTELLAS DE AGUA



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Lugar:	CANCHA BARRIO GALAN
Fecha:	09/08/2025
Hora:	08:00 AM- 12:00 PM
Personas Intervenidas:	30 PERSONAS DEL MICRO TERRITORIO URBANO

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO.

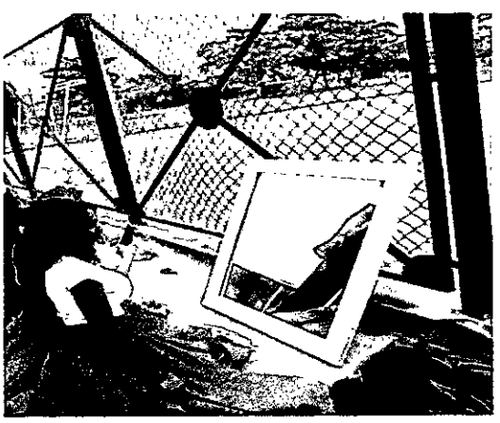
REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARÁN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL.2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO.3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

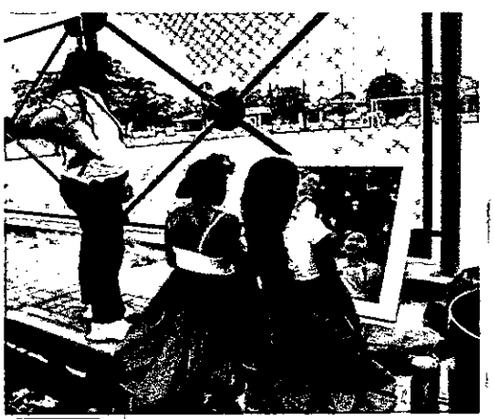
DIBUJOS PLASTIFICADOS DE LAS EMOCIONES





ACTIVIDAD CON ESPEJO





RURAL

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Vereda Revuelto.	Hora de Inicio: 1:00pm
Fecha: 13 /agosto / 2025	Hora de Finalización: A:00Pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar un Festival de salud mental, para fortalecer el tejido social, y los vinculos interpersonales.

Desarrollo de la Reunión

(a) actividades Se realizaran en un campo abierto,
- Pintar un mural comunitario con mensajes de salud mental.
- Taller para enseñar Tecnicas para manejar el estres, sesión de yoga, o meditación.
- Actividad para aprender a reconocer los emociones
- Realizar juegos y retos.

Conclusiones

Buena Actitud.

Recomendaciones

Asistir Puntual a los actividades.

Responsables de la Actividad

Yenifer Florez (Psicologa). Santander Pico
1005660.629. 2826316

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Determinantes sociales de la salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de salud mental.

DIA:	13	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Vereda Rejeito.	ZONA:	RURAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Oscar Alverto Plata Colorado	cc	78 645 340	310 353 46 02	42	M	H						X			X			X			X	X		·oscar PLATA
2	Alejandro de la cruz Plata Ruiz	cc	15 607 322	314 621 49 49	65	M	H						X			X				X			X		·APR
3	Juan Gerardo Correa Rico	cc	15 611 863	314 527 97 78	56	M	H						X			X			X			X	X		· Juan correa
4	Alvey manuel Perez	cc	78 752 257	304 234 43 06	50	M	H								X	X			X			X	X		· ALbei
5	Sixto de la cruz Perez Hernandez	cc	4 835 878	no tiene	71	M	H						X			X			X			X	X		·Sixto Perez
6	Georgina Perez Jaramillo	cc	26 226 657	320 587 51 59	54	F	M						X			X			X			X	X		·COCINOTE
7	Panfido Jose niño cordero	cc	4 835 893	321 551 80 59	70	M	H						X			X			X			X	X		Panfid niño
8	Zoraida del carmen Padilla Padilla	cc	1133 870 549	324 821 11 32	38	F	M								X	X				X			X		Zoraida Padilla
9	Benita del carmen casarubia	cc	2 230 082	no tiene	72	F	M						X			X				X			X		·Benita
10	Diana Luz Juraba Plata	cc	1073 987 771	310 708 29 06	40	F	M								X	X				X			X		DIANA Juraba

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Determinantes sociales de la salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de salud mental.

DIA:	13	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Vereda Resvalto	ZONA:	RURAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Juana Isabel Jaraba Plata	CC	1073 981 754	314 529 29 06	36	F	M						X			X				X			X		JUANA JARABA
2	Bricelia regina Rico Romero	CC	2 230 429	323 516 78 28	58	F	M						X			X				X			X		Bricelia Rico R
3	Maria candelaria Mendoza suarez	CC	26 229 439	312 734 31 72	61	F	M						X			X				X			X		mariamendoza
4	Erlinda del Socorro Gomez orozco	CC	26 215 649	no tiene	50	F	M						X			X				X			X		
5	Velqui Janet Argumedo Teheran	CC	32 271 538	321 793 32 67	47	F	M						X			X			X			X	X		Belkin
6	Marco Julio Mejia Zuniga.	CC	6 889 417	321 235 65 95	63	M	H						X			X				X			X		
7	Estiben de Jesus orjuela sotelo	TI	1025 553 836	311 280 77 28	11	M	H						X				X			X			X		Estiven
8	Dolis Rosio Jaramillo Herrera	CC	50 974 947	314 527 9788	61	F	M						X			X				X			X		Dollys Jaramillo
9	liney Atencio martinez	CC	50 641 396	320 702 31 41	41	F	M								X	X				X			X		liney Atencio
10	Roberto Antonio montiel leon	CC	78 774 936	no tiene	50	M	H						X			X			X			X	X		Roberto montiel

3/

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

DIMENSIÓN: Determinantes sociales de la salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Festival de salud mental.

DIA:	13	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Vereda Revuelto.	ZONA:	RURAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Virgilia del carmen correa Hoyos	CC	26 213 134	310 710 95 74	60	F	M						X			X				X			X		• Virgilia Correa
2	Eidys Pico Pacheco	TI	1073 993 186	310 710 95 74	15	F	M						X			X				X			X		•Eidys Pico
3	Santander del cristo Pico Romero	CC	2 826 316	313 520 40 57	67	M	H						X			X			X			X	X		Santander Pico
4	Elizabeth. Pico.	CC	1073971241	323513 7450	21	F	M						X		X	X			X			X	X		Elizabeth Pico
5	Edilverto Manuel Jaraba Ramos	CC	78 742 857	no tiene.	52	M	H						X			X			X			X	X		Edilverto Jaraba
6	Aileen Jaramillo Zurita	TI	1074 077 864	no tiene	8	F	M								X	X				X			X		Aileen Jaramillo
7	Jesus Alberto Polo Arrieta	TI	1074 007 875	no tiene	10	M	H								X	X				X			X		Jesús Polo
8	Johan Arley Villalba ogaza	CC	78 646 611	no tiene	40	M	H						X			X			X			X	X		Johan Arley
9	Yoiner enrique Rivas Villalba	CC	1003595 324	no tiene	22	M	H						X			X				X			X		Yoiner Rivas
10	Veronica Carvajal Goez	CC	1038 817 840	no tiene	30	F	M						X			X			X			X	X		VERONICA C.

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025.**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025.**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

ACTIVIDAD MOMENTO 1.

MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES DE SALUD MENTAL.



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

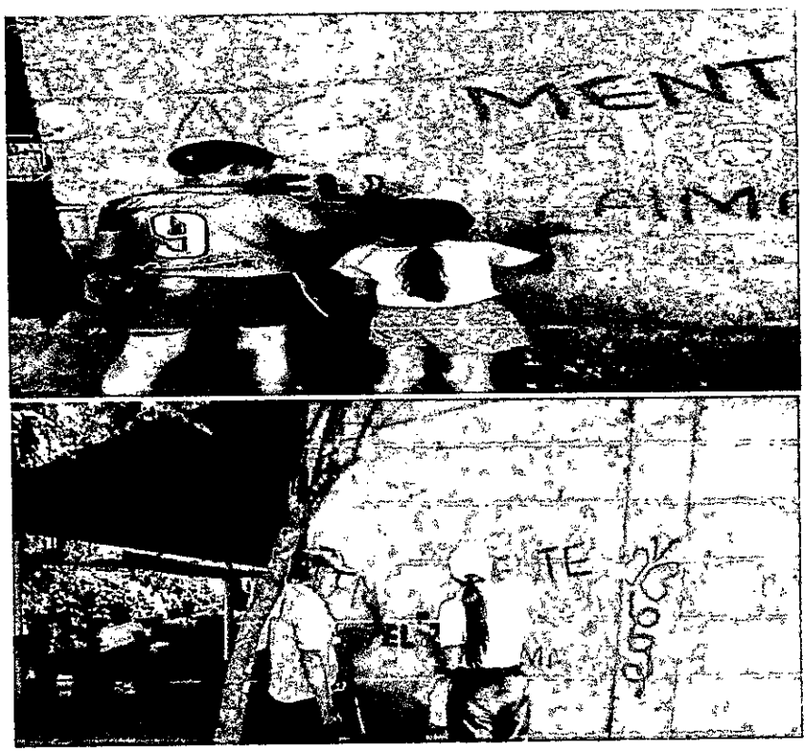
EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025..**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL

ACTIVIDAD MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES DE SALUD MENTAL.



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025.**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL

ACTIVIDAD MOMENTO 2.

TALLER DE TECNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS, SESION DE YOGA, MEDITACION GUIADA.



EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LUGAR:	ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.
FECHA:	13 - AGOSTO – 2025.
PERSONAS INTERVENIDAS:	30 PERSONAS.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL

ACTIVIDAD MOMENTO 3.

ACTIVIDAD LUDICA PARA APRENDER Y RECONOCER EMOCIONES.



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025.**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

ACTIVIDAD MOMENTO 3.

ACTIVIDAD LUDICA PARA APRENDER Y RECONOCER EMOCIONES.



[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

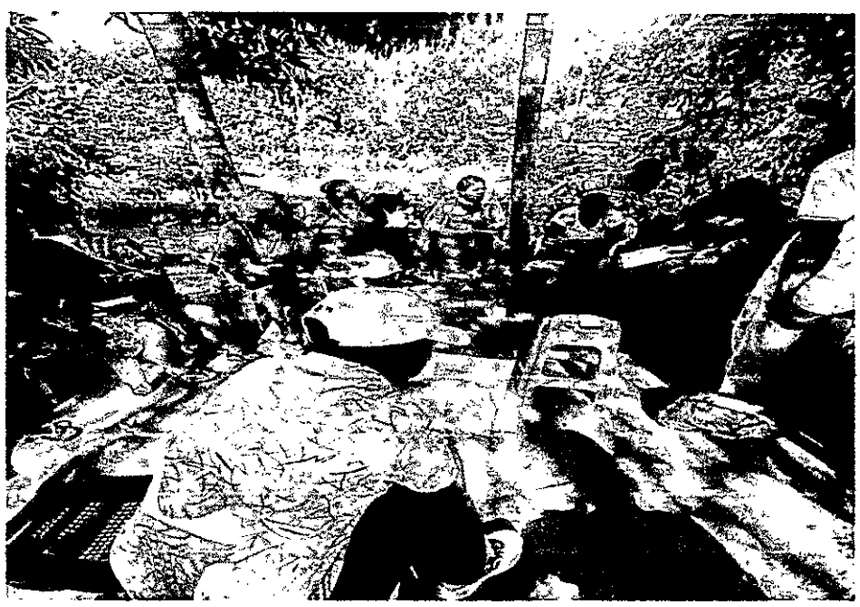
LUGAR:	**ZONA RURAL: VEREDA REVUELTO.**
FECHA:	**13 - AGOSTO – 2025.**
PERSONAS INTERVENIDAS:	**30 PERSONAS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICROTERRITORIO RURAL UN (1) FESTIVAL DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE TREINTA (30) PERSONAS LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS, PARA ASÍ FORTALECER EL TEJIDO SOCIAL Y LOS VÍNCULOS INTERPERSONALES. LAS ACTIVIDADES DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, EAPB, ICBF, IGLESIAS Y DEMÁS SECTORES. PREVIO A LA ACTIVIDAD REALIZAR REUNIONES COORDINACIÓN PARA ORGANIZAR LA AGENDA Y NECESIDADES DE APOYO LOGÍSTICO. REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN ESPACIO ABIERTO QUE PERMITA LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS ASISTENTES DONDE SE LLEVARAN A CABO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. PINTAR UN MURAL COMUNITARIO CON MENSAJES SOBRE LA SALUD MENTAL. 2. UN TALLER PARA ENSEÑAR A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNA VARIEDAD DE TÉCNICAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS. COMBINE EL TALLER CON UNA SESIÓN DE YOGA O MEDITACIÓN Y EXPLIQUE LOS BENEFICIOS DE ESTAS PRÁCTICAS PARA EL BIENESTAR MENTAL Y FÍSICO. 3. ORGANIZAR UNA ACTIVIDAD LÚDICA PARA APRENDER A RECONOCER Y GESTIONAR EMOCIONES 4. REALIZAR JUEGOS Y RETOS, ELIJIENDO UN TEMA PARA EL DÍA, QUE PERMITA RECONOCER LA IMPORTANCIA DEL BIENESTAR PROPIO COMIUNITARIO Y DE LA SALUD TANTO FÍSICO COMO MENTAL.

ACTIVIDAD MOMENTO 4.

ACTIVIDAD JUEGOS Y RETOS SOPA DE LETRAS DE PALABRAS DE SALUD MENTAL.



32

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el microterritorio urbano, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidencial el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.

URBANO

	FORMATO DE ASISTENCIA	
HOSPITAL SAN JOSE	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	PIC

EJE: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar ciclo Paseo Urbano y Charla educativa

DIA:	15	MES:	JUNO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ La Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Pamela Lopez C.	TI	7074 005557	No tiene	10	F	M								X	X				X			X		.Pamela
2	Jefren Oviedo J.	TI	7074 007980	No tiene	9	M	H								V	X				X			X		.Jefren
3	Jamerson Morales	TI	1138 089073	No tiene	11	M	H								V	X				X			X		.JAMERSO
4	Yeidi Majore	TI	7074 000715	No tiene	12	F	M			X						X				X			X		. Yeidi
5	Juan Esteban Perez	TI	7071 437525	No tiene	12	M	H								X	X				X			X		.Juan
6	Esther Sofia doval	TI	7074 003970	No tiene	10	F	M								X	X				X			X		. Esther
7	Sharit Paternina	CC	1137977547	3104335587	18	F	M								X	X				X			X		. Sharit P.
8	Isela Pineda	CC	7074008363	3104336671	27	F	M								X	X				X			X		.
9	Saret Pineda	CC	7074000220	3004013716	31	F	M								X	X			X				X		.
10	Ivan Garces	CC	1003065106	3045976895	24	M	H								X	X				X			X		.

32

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

vpic | CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar Ciclo Paseo Urbano y charla educativa

DIA:	15	MES:	JUNIO	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Bl Las Esmeraldas	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Keila Herrera Ventel		1127914620	3004692082	30	F	M									X			X			X	X		.
2	Darleidys lopez Pacheco		1073973444	3128205746	38	F	M									X			X			X	X		Darleidys López
3	Andrea Cogollo Brunal		1040035513	3105643382	30	F	M										X		X		X		X		
4	Luisa Hernandez Perez		1003433752	3147821787	21	F	M										X		X		X		X		
5	Andres Vidal sennior		1073984375	3146047107	35	M	H										X		X		X		X		.
6	Milad Cura Yepes		78767005	3215757237	45	M	H										X		X		X		X		.
7	Oscar Arcila Sanchez		1074001641	3233454580	30	M	H									X			X			X	X		. Oscar Arcilas
8	Andrea Agudelo Hernandez		1073995927	3113913074	33	F	M									X			X			X	X		Andrea Agudelo
9	Julia Romero Arroyo		26216742	3225132128	46	F	M										X		X		X		X		Julianes Romero
10	Sirley Carvajal Cursas		1073940484	3135298451	34	F	M									X			X			X	X		Sirley Carvajal V

37

[redacted]	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: La Esmeralda	Hora de Inicio: 7:00 PM
Fecha 15 JUNIO	Hora de Finalización: 9:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar Jornada de actividad física en la modalidad de acto Paseo y charla educativa Sobre la importancia de la actividad física para la Salud.

Desarrollo de la Reunión

Se inicio con un Saludo de bienvenida y agradecimiento en nombre de la E.S.E. Posteriormente con el apoyo del rotafolio informativo se realizó una breve charla educativa Para realizar el acto Paseo, Posteriormente Se realizó el acto Paseo y se le entrega a los Participantes hidratación.

Conclusiones

Ninguna

Recomendaciones

Ninguna

Responsables de la Actividad

P.I.C

Oscar Arbeláez

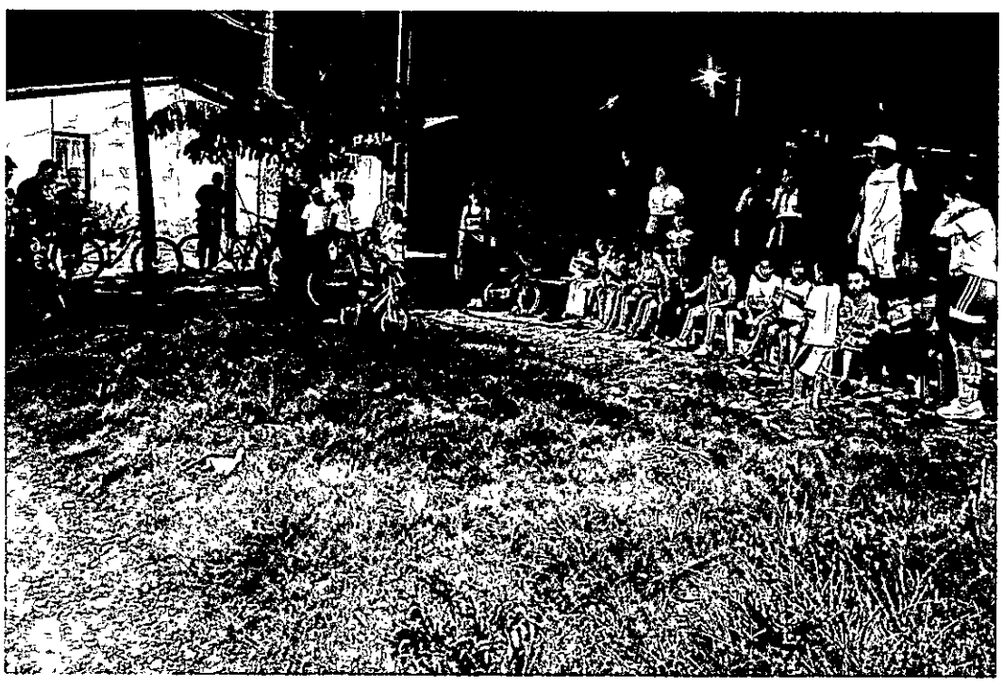
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	B/ La Esmeralda
Fecha:	15 DE Julio DE 2025 – 7:00 PM – 9:00 PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el micro territorio urbano, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	B/ La Esmeralda
Fecha:	15 DE JULIO DE 2025 – 7:00 PM – 9:00PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el micro territorio urbano, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



CHARLA EDUCATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA REGULAR DE EJERCICIO FÍSICO ACTIVIDAD CON ROTAFOLIO



ENTREGA DE HIDRATACION A LOS ASISTENTES

	FORMATO DE ASISTENCIA	
HOSPITAL SAN JOSÉ	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	pic

DIMENSIÓN: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar cido Paseo. Urbano y Charla educativa

DIA:	14	MES:	Juno	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Bl La Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Keila Herrera Uertel	CC	1127914620	3046920849	30	F	M								X	X			X			X	X		Keila Herrera
2	Yubis Gonzales Alvarez	Ce	1043993599	3215317242	33	F	M								X	X				X			X		Yubis Gonzalez
3	Hoguel Herrera Montes	CC	15609152	3205611963	60	M	H								X		X		X		X		Y		Hoguel Herrera
4	Deri Gutierre Lopez	CC	1043989259	3215844960	31	F	M								X		X		X		X		X		
5	Ivan Garces Romero	CC	1003065106	3015976495	24	M	H								X	X			X			X	X		
6	Saret Pineda Villadiego	Ce	1044000220	3004013710	31	F	M								X		X		X		X		Y		
7	Isela Pineda Villadiego	CC	1044008363	3104336671	27	F	M								X	X			X			X	X		Isela Villadiego
8	Sharith Paternina M.	CC	1137977547	3104335567	18	F	M								X	X				X			X		Sharith P.
9	Daniela delavega Hernandez	CC	1043993646	3008507324	33	F	M								X		X		X		X		X		Daniela Dela Vega
10	Gabriel Ruiz Negrete	CC	1044268123	3144091689	22	M	H								X	X				X			X		

3.

HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA	YPIC | CÓRDOBA
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	

DIMENSIÓN: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar ciclo Paseo Urbano y charla educativa.

DIA:	14	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Esmeralda	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Javier Sevilla Hernandez	CC	1073987759	3205560837	34	M	M								X		X		X		X		X		
2	Sirly Carvajal Vargas	CC	1073990434	3135098451	34	F	M								X	X			X			X	X		
3	Julia Romero Arroyo	CC	26216742	3225132128	46	F	M								X	X			X			X	X		
4	Andrea Azucelo Hernandez	CC	1073995727	3153918074	33	F	M								X	X			X			X	X		
5	Oscar Arcila Sanchez	CC	1074001641	3233454580	30	M	H								X	X			X			X	X		
6	Milad Cura Yepes	CC	78767005	3215751237	45	M	H								X		X		X		X		X		
7	Andres Uribe Sennior	CC	1073984375	3144047107	35	M	H								X		X		X		X		X		
8	Luisa Hernandez Perez	CC	1003433752	3147821787	21	F	M								X		X		X		X		X		
9	Andrea Cogollo Brunal	CC	1074003543	3105643382	30	F	M								X		X		X		X		X		
10	Darleidys Lopez Pacheco	CC	1073734414	3128805746	38	F	M								X	X			X			X	X		

vpic	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: B/ La Esmeralda	Hora de Inicio: 5:00 PM
Fecha 14 JULIO 2025	Hora de Finalización: 7:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar Jornada de actividad física en la modalidad de ciclo Paseo y charla educativa Sobre la importancia de la actividad física Para la salud.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con un saludo de bienvenida y agradecimiento en nombre de la E.S.E. Posteriormente con el apoyo del rotafolio informativo se realizó una breve charla educativa Para realizar el ciclo Paseo, Posteriormente se realizó el ciclo Paseo y se le entrego a los Participantes hidratación.

Conclusiones

Ninguna

Recomendaciones

Ninguna.

Responsables de la Actividad

Sergio M
P.I.C.

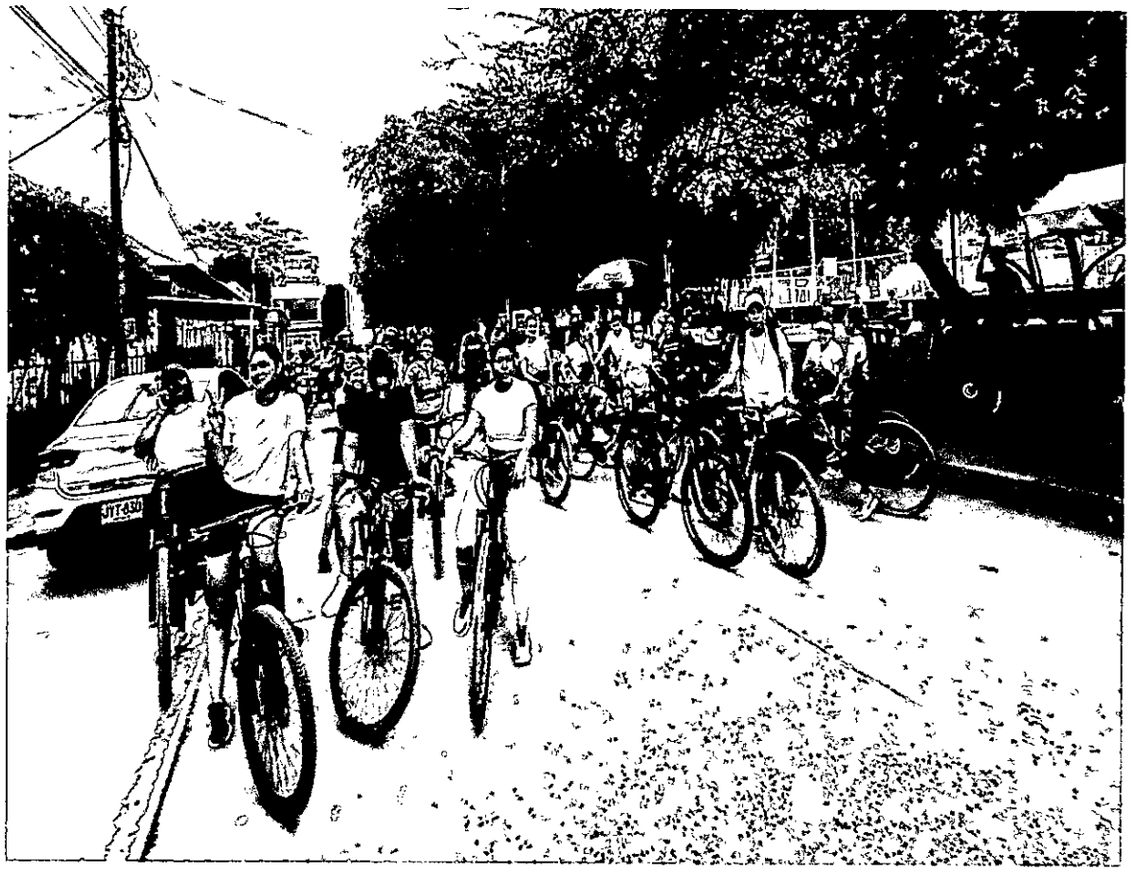
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	B/ La Esmeralda
Fecha:	14 DE Julio DE 2025 – 5:00 PM – 7:00 PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el micro territorio urbano, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	B/ La Esmeralda
Fecha:	14 DE JULIO DE 2025 – 5:00 PM – 7:00PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el micro territorio urbano, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



CHARLA EDUCATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA REGULAR DE EJERCICIO FÍSICO ACTIVIDAD CON ROTAFOLIO



ENTREGA DE HIDRATACION A LOS ASISTENTES

Hospital San José

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

Gobernación de Córdoba

ANEXOS

Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Nain. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@corodoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

RURAL

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el microterritorio RURAL, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidencial el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.

[redacted]	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Palmira	Hora de Inicio: 6:00 PM
Fecha 1 JUNIO 2025	Hora de Finalización: 8:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar Jornada de actividad física en la modalidad de ciclopaseo y charla educativo sobre la importancia de la actividad física para la salud.

Desarrollo de la Reunión

Se inicia con saludo de bienvenida y agradecimiento en nombre de la E.S.E., Posteriormente con el apoyo del rotafolio informativo se realizó una breve charla educativa para realizar el ciclo paseo, Posteriormente se realizó el ciclo paseo y se le entrega a los participantes hidratación.

Conclusiones

Ninguno

Recomendaciones

Ninguna.

Responsables de la Actividad

Jorge M
P.I.C.

NIPLVia Racines

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic

DIMENSIÓN: Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de ciclo Paseo rural y Charla educativa.

DIA:	7	MES:	Junio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Palmira	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Juan Sotelo Salgado	CC	1013978915	No tiene	18	M	H								+	X				X			X		
2	Wilmer Castaño G.	CC	1073698702	No tiene	36	M	H								+	X			X			X	X		Wilmer Castaño
3	Luis Sanchez Herrera	CC	1013985427	No tiene	37	M	H								+	X			X			X	X		
4	Andres Atencia Negrete	CC	1072100246	3018938406	26	M	H								+	X			X			X	X		Andres Atencia
5	Anival Davila B.	CC	15613988	3106957230	52	M	H								+	X			X			X	X		Anival Davila
6	Nilvia Racines Perez	CC	26230691	3114208543	52	F	M								+	X				X			X		Nilvia Racines
7	Sindy Pastrana G	CC	1037996942	3155264886	32	F	M								+	X				X			X		Sindy Pastrana.
8	Maria Camila Triana	CC	1040010343	3126965321	27	F	M								+	X				X			X		Maria Triana
9	Ena Racines U.	CC	26215483	3105662983	47	F	M								+	X				X			X		
10	Felix Davila R.	CC	1193139745	3003386836	22	M	H								+	X			X			X	X		Felix Davila

38

HOSPITAL SAN JOSÉ	FORMATO DE ASISTENCIA	pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | Gobernación de Córdoba
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	

DIMENSIÓN: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de ciclo Paseo rural Y charla educativa

DIA:	7	MES:	Julio	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	Pamira	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yeliana Argel Salcn	CC	1003594527	3212143569	23	F	M								+		X		X		X		X		.Yeliana Argol
2	Carlos Palomino Cuebas	CC	1038711423	3126363309	38	M	H								+		X		X		X		X		Carlos P
3	Oscar Arcila Sanchez	CC	1074001641	3233454550	30	M	H								+	X			X			X	X		Oscar Arcila S
4	Karen Ramos conde	CC	1003594052	3106235454	29	F	M								+		X		X		X		X		
5	Karen Ruiz Negrete	CC	1067950608	3205482909	24	F	M								+		X		X		X		X		
6	Mauricio Ramos Jente	CC	1073994910	3217948889	33	M	H								+	X			X			X	X		.MAURICIO RAMOS
7	Lorena negrete Ramirez	CC	26215556	3053185287	47	F	M								+	X				X			X		.
8	Cristina Villadiego B.	CC	26214745	3106270309	47	F	M								+		X		X		X		X		.
9	Sara4 Negrete Madera	TI	1074770430	3134285299	16	F	M								+	X				X			X		Sara4 N.
10	Hancel Perez aguirre	CC	1073992082	3147958510	33	M	H								+	X			X			X	X		.Manuel Perez

35

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO DE PALMIRA
Fecha:	1 DE JUIIO DE 2025 – 6: 00 PM – 8:00 PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el microterritorio rural, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



CHARLA EDUCATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA REGULAR DE EJERCICIO FÍSICO ACTIVIDAD CON ROTAFOLIO

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	CORREGIMIENTO DE PALMIRA
Fecha:	1 DE JULIO DE 2025 – 6: 00 PM – 8:00PM
Personas Intervenidas:	20 PERSONAS

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar ciclo paseos durante la vigencia del convenio en el microterritorio rural, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD



ENTREGA DE HIDRATACION A LOS ASISTENTES

ANEXOS

URBANO

394

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO Y RURAL UN EVENTO MENSUAL EN EL QUE SE REALICEN MEDICIONES DE PESO, TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL, TOMA DE GLUCOMETRÍA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y TEST DE SNELLEN, PREVIO A ESTO SE DEBE DAR UNA CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y LOS IMPACTOS DE LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA. EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO ANORMAL, REMITIR EL USUARIO A LAS ESE DEL MUNICIPIO PARA SU ATENCIÓN

[redacted]	**FORMATO**	VERSIÓN: 02
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: B/ Diamante	Hora de Inicio: 3:00 Pm
Fecha 19 Agosto 2025	Hora de Finalización: 5:30 Pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una jornada para toma de presión arterial, glucometría, Peso, IMC, test snellen. Previo a la jornada realizar charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida

Desarrollo de la Reunión

Presentación y bienvenida, se dió una breve explicación en lo que consistía la jornada y se inició con la charla sobre hábitos saludables, se realizaron preguntas a los asistentes sobre su estado de salud y se promovieron los hábitos saludables, se explicó sobre enfermedades como hipertensión y diabetes y su impacto sobre la calidad de vida. A continuación, se desarrolló la jornada donde se tomaron las mediciones a cada asistente y posteriormente a cada uno se le socializó su estado de salud. Se dieron recomendaciones y se dió finalización a la jornada

.

Conclusiones

Se llevó a cabo la jornada en su totalidad sin inconvenientes, hubo participación activa.

Recomendaciones

Ninguna

Responsables de la Actividad

Berledys Sierra M.
1073969692
Asistente

Maria Romero L.
1142773482
Enfermera

HOSPITAL SAN JOSE	FORMATO DE ASISTENCIA	
	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025	

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de medición. Peso, Glucometria, IMC, Snellen, Presión arterial y charla hábitos saludables

DIA:	19	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Diamante	ZONA:	Urbano

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Ruby Martinez	CC	26244 742	313490 0075	68	F	M								X	X				X			X		Ruby Martinez
2	Carmen Corcho	CC	1073985 402	314636 0018	36	F	M								X	X				X			X		Carmen
3	Sharoll figueroa	TI	1073995 767	314657 9055	14	F	M								X	X				X			X		Sharoll
4	Temilda Padilla T	CC	50976075	314776 7382	48	F	M								X	X				X			X		Temilda Padilla
5	Maricela Paternina	CC	26244 742	311 306 8303	36	F	M								X	X				X			X		Maricela P
6	Berledys Sierra	CC	1073969 692	320550 1901	40	F	M								X	X				X			X		Berledys Sierra
7	Beatriz Bandu	CC	26211 663	320769 7678	63	F	M								X	X				X			X		Beatriz Bandu
8	Kelys Doria	CC	50640 005	312838 6316	40	F	M								X	X				X			X		Kelys Doria
9	Reinalda Marzola	CC	26211 877	311400 8411	62	F	M								X	X				X			X		Reinalda R. Marzola
10	Eliana Sierra	CC	26216 923	311318 5003	47	F	M								X	X				X			X		Eliana Sierra

39

e

HOSPITAL SAN JOSE

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada medición, Peso, Glucometria, IMC, Snellen, presión arterial y charla de hábitos Saludables

DIA:	19	MES:	Agosto	AÑO:	2025	UBICACIÓN:	B/ Diamante	ZONA:	Urbana

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Claudia Baillarin	CC	50641 574	No TIENE	41	F	M								X	X				X			X		. NO FIRMA
2	Yinis Paola Romero L	CC	106498 2703	300351 0707	38	F	F								X	X				X			X		Yinis Romero L
3	Asención Salera P.	CC	26210307	No tiene	87	F	M								X	X				X			X		No firma
4	Martha Martinez A.	CC	50975724	No tiene	57	F	M								X	X				X			X		
5	Mileidys Sunita Martinez	CC	1073990 598	310545 2854	34	F	M								X	X				X			X		Mileidys Sunita
6	Nedis Romero L.	CC	26228 776	323522 4165	43	F	M								X	X			X			X	X		Nedis Romero
7	Gladys Doria Sepulveda	CC	50977 314	313531 7532	56	F	M								X	X				X		/	X		Gladys Doria
8	Manuela Sarmiento	CC	107345 7275	322658 7474	20	F	M								X	X				X			X		Manuela S.
9	Deris Martinez Merado	CC	1073986 338	310832 9857	35	F	M								X	X				X			X		Deris Martinez
10	Gladys Isabel Mercado	CC	50977 790	311312 7564	64	F	M								X	X				X			X		Gladys Mer

398

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

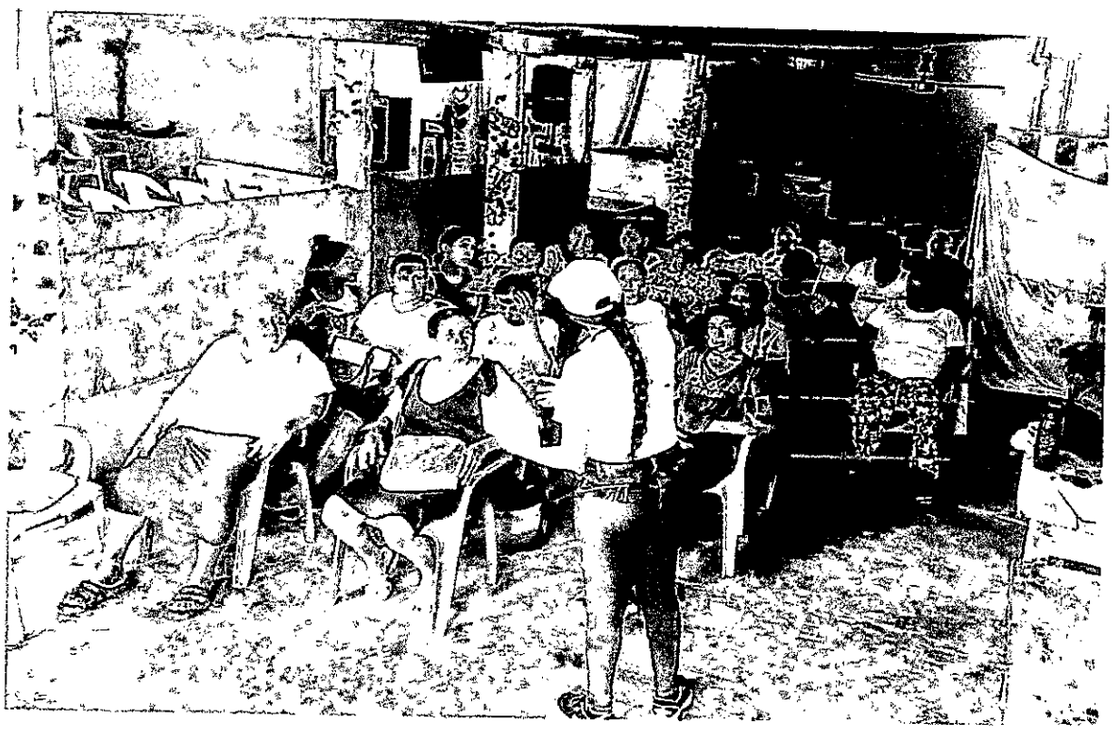
EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO DIAMANTE**
Fecha:	**19 AGOSTO DE 2025 HORA: 03:00 A 05:30 PM**
Personas Intervenidas:	20

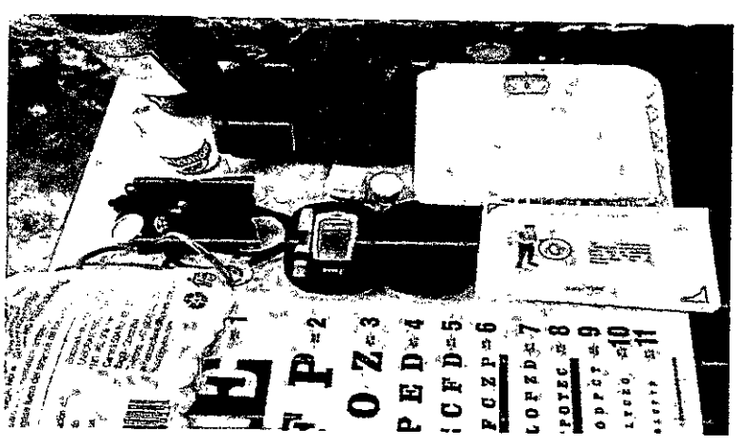
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN EVENTO MENSUAL EN EL QUE SE REALICEN MEDICIONES DE PESO, TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL, TOMA DE GLUCOMETRÍA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y TEST DE SNELLEN, PREVIO A ESTO SE DEBE DAR UNA CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y LOS IMPACTOS DE LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA. EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO ANORMAL, REMITIR EL USUARIO A LAS ESE DEL MUNICIPIO PARA SU ATENCIÓN.

TALLER CON ASISTENTES Y USO DE ROTAFOLIO



INSUMOS



399

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE: 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Lugar:	**BARRIO DIAMANTE**
Fecha:	**19 AGOSTO DE 2025 HORA: 03:00 A 05:30 PM**
Personas Intervenidas:	20

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN EVENTO MENSUAL EN EL QUE SE REALICEN MEDICIONES DE PESO, TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL, TOMA DE GLUCOMETRÍA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y TEST DE SNELLEN, PREVIO A ESTO SE DEBE DAR UNA CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y LOS IMPACTOS DE LAS CONDICIONES NO TRANSMISIBLES EN LA CALIDAD DE VIDA. EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO ANORMAL, REMITIR EL USUARIO A LAS ESE DEL MUNICIPIO PARA SU ATENCIÓN.

TOMA DE PRESION ARTERIAL



GLUCOMETRÍA



PESO



SNELLEN



400