

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS
RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121800

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
 1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: _____
 1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
Hospital Roberto Quintero Villa
 1.4. Barrio donde se realiza la actividad _____

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
 2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
 3.2. Número de identificación 78 418 965
 3.3. Primer nombre Jose 3.3.1. Segundo nombre Rodrigo 3.3.2. Primer apellido calderon 3.3.3. Segundo apellido idarraga
 3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ OTS ☐ OHC ☐ LESB ☐ OPPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☒ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación: ____/____/____ ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombio
 3.5. Sexo asignado al nacer ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1981 08 02 3.6.1 Edad en años cumplidos 45
 3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE
 3.8. Régimen ☐ Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción 3.8.1. Nombre de la aseguradora N. eps
 3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Flebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quén) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NOTipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál? _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Jose Rodrigo Calderon Idanaga identificado(a) con Cedula
No 18418965 de Montenegro certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto ☒ NO acepto ☐ la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que esta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI ☒ NO ☐

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI ☒ NO ☐ acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3127518395 a mi correo electrónico

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SISB debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ☒ NO ☐ y que, mientras adelanto estos trámites, recibo tratamiento antirretroviral por parte de por un periodo máximo de . Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ☒ NO ☐. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ☒ NO ☐ No aplica ☐

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la institución y autorizo SI ☒ NO ☐ que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO: Jose Rodrigo Calderon
Nombre y Apellido: Jose Rodrigo Calderon
Tipo y número de identificación: CC 18418965

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO: Momara Villado
Nombre y Apellido: Momara Villado
Tipo y número de identificación: CC 109770009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 01 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☐ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06CBK006A	2017 03 31
☐ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000947583	2026 04 23
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☒ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Momara Villado Firma Momara Villado Cédula de ciudadanía 109770009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario
2122605



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: _____
1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital roberto Quintero uilo

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna Parque Principal
2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de Identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
3.2. Número de identificación 24 813 820
3.3. Primer nombre Carmen 3.3.1. Segundo nombre milena 3.3.2. Primer apellido Uribe 3.3.3. Segundo apellido Quintero

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación 2026/01/11 ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1980/05/15 3.6.1 Edad en años cumplidos 45

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE

3.8. Régimen ☐ Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción 3.8.1. Nombre de la aseguradora nueva eps.

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Lideresa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

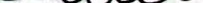
Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estudiantes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál? _____

**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Yo, Carmen Milena Uribe Covington identificado(a) con Cedula
No. 24813820 de Montenegro certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.
Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que esta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)
También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o Institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.
En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3218431683 o mi correo
electrónico _____
Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad.
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)
Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.
Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026
• Carmen Milena Uribe
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de Identificación: CC 24 813 820
Norma Villaci
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de Identificación: 1001770900

7. Datos de la primera prueba				Fecha prueba rápida y entrega de resultado		2026 01 27		
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos	☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026	05	07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos		Rapid diagnostic	06CDK006A	2027	03	31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos		Determine	0000972583	2026	07	27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☐ Anticuerpos						

8. Datos de la prueba confirmatoria		Fecha prueba rápida y entrega de resultado		A A A A		M M		D D	
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba		Lote		Fecha de vencimiento	
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos						A A A A M M D D	

10. Datos de quien realiza la prueba	Nombre 	Firma 	Cédula de ciudadanía 1092720202
--------------------------------------	---	---	---------------------------------

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario
2122606MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1561/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
 1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: _____
 1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio
 1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital roberto Quintero villa

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
 2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
 3.2. Número de identificación 4.529 939
 3.3. Primer nombre pedro 3.3.1. Segundo nombre pablo 3.3.2. Primer apellido García 3.3.3. Segundo apellido cortina
 3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HCH ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación AAA MM DD ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombia
 3.5. Sexo asignado al nacer ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1940 Julio 21 3.6.1 Edad en años cumplidos 85
 3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE
 3.8. Régimen ☐ Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción 3.8.1. Nombre de la aseguradora Ni eps
 3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PREP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NOTipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1246/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Pedro Pablo García Cortina identificado(a) con Cédula
No. 4529939 de Quimbaya certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que esta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 324 322 564 o mi correo
electrónico 322 564 5902

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO Pedro Pablo García
Nombre y Apellido: Pedro Pablo García
Tipo y número de identificación: 4529939

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO Xiomara Villado
Nombre y Apellido: Xiomara Villado
Tipo y número de identificación: 1097107009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 | 01 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06COK 0064	2027 08 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000972583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 | 01 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomara Villado Firma Xiomara Villado Cédula de ciudadanía 1097107009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121796



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbana
1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: _____
1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital roberto Quintero villa

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT

3.2. Número de identificación 4.465 183

3.3. Primer nombre luis 3.3.1. Segundo nombre Alberto 3.3.2. Primer apellido Cifuentes 3.3.3. Segundo apellido _____

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación: ____/____/____ ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1954/04/08 3.6.1 Edad en años cumplidos 71

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE

3.8. Régimen ☒ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial ☐ Excepción
☐ Fondo de atención en salud para PPL 3.8.1. Nombre de la aseguradora Salud total

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál? _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Luis Alberto Cifuentes identificado(a) con Cedula
No. 4.465.183 de Montenegro certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis B me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☐) NO (☒) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3216963638 o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☐) NO (☒) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

Luis Alberto Cifuentes
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luis Alberto Cifuentes
Tipo y número de identificación: 44.65183

Xiomara Villalobos
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Xiomara Villalobos
Tipo y número de identificación: 109777009

7. Datos de la primera prueba		Fecha prueba rápida y entrega de resultado	
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine
☐ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos	
		Lote	Fecha de vencimiento
		0000949385	2026 05 07
		66CDK0061	2027 03 31
		0000972583	2026 07 27

8. Datos de la prueba confirmatoria		Fecha prueba rápida y entrega de resultado	
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	
		Lote	Fecha de vencimiento

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomara Villalobos Firma Xiomara Villalobos Cédula de ciudadanía 109777009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario
2122609

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: centro
1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio
1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital Roberto Quintero Villa

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna Parque Principal
2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CE ☐ PA ☐ EE ☐ SO ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
3.2. Número de identificación 41 899 347
3.3. Primer nombre Elena 3.3.1. Segundo nombre _____ 3.3.2. Primer apellido Trojillo 3.3.3. Segundo apellido Polo
3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación: _____ ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombiana
3.5. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1960 10 23 3.6.1. Edad en años cumplidos 65
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☐ NO SABE
3.8. Régimen ☒ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial 3.8.1. Nombre de la aseguradora N. eps
☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PREP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Insumos propios del usuario ☐ Otro (Escriba)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Elena Trujillo Polo identificado(a) con cedula
No. 41899347 de Armenia certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ☒ NO acepto ☐ la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que esta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI ☒ NO ☐

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la Institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI ☒ NO ☐ acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3117314814 o mi correo
electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ☒ NO ☐ y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ☒ NO ☐.
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI ☒ NO ☐ No aplica ☐

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI ☒ NO ☐
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO Elena Trujillo P
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de Identificación: 41899347

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO Xiomara Villado
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de Identificación: 1097727009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 10 11 A

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06C0K0064	2027 03 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000972583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado A A A A M M D D

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomara Villado Firma Xiomara Villado Cédula de ciudadanía 1097727009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121994



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1246/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbana
 1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: parque principal
 1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio
 1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital roberto quintero villa

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
 2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
 3.2. Número de identificación 30374303

3.3. Primer nombre Ieyni 3.3.1. Segundo nombre Biviana 3.3.2. Primer apellido Bedoya 3.3.3. Segundo apellido Obando

3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación 2026/01/01 ☐ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombia

3.5. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1983/01/05 3.6.1 Edad en años cumplidos 43

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE

3.8. Régimen ☒ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial 3.8.1. Nombre de la aseguradora
☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción Neps

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

5. No. Condones

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

10

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) 7. IPS de atención regular Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Leidy Biviana Bedoya Obando Identificado(a) con cedula
No. 30374303 de patron certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto ☒ NO acepto ☐ la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que esta(s) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI ☒ NO ☐

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la Institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI ☒ NO ☐ acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o Institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3126987695 o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ☒ NO ☐ y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un período máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ☒ NO ☐.
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI ☒ NO ☐ No aplica ☐

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI ☒ NO ☐
que puedan ser compartidos con mi EAPB, Independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

Leidy Bedoya

Xiomara Villado

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: Leidy Bedoya

Nombre y Apellido: Xiomara Villado

Tipo y número de identificación: CC 30374303

Tipo y número de identificación: 1097727000

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 | 01 | 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06C0K006A	2027 03 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000972583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado AAAA | MM | DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			AAAA MM DD

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre Xiomara Villado Firma Xiomara Villado Cédula de ciudadanía 1097727000

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS
RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121777

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento

Quindío

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

urbano

1.2. Municipio

montenegro

1.6. Lugar de la actividad:

parque principal

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad

centro

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

Hospital roberto quintero villo

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento

Quindío

2.3. Localidad/comuna

2.2. Municipio

montenegro

2.4. Barrio

centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento

☐ RC☐ TI☒ CC☐ PA☐ CE☐ SD☐ DNI☐ PEP☐ PPT

3.2. Número de identificación

76 503 136

3.3. Primer nombre

vicente

3.3.1. Segundo nombre

3.3.2. Primer apellido

ortiz

3.3.3. Segundo apellido

chamarro

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH☐ TRANS☐ PID☐ TS☐ HC☐ LESB☐ PPL☐ ITS☐ INMIGRANTE*☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO☐ SPA☐ GESTANTE

Fecha de la última menstruación

AAAA MM DD

☐ POB. GENERAL☐ TB

*País de procedencia

colombia

3.5. Sexo asignado al nacer

☒ Hombre☐ Mujer☐ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

1968 julio 07

3.6.1 Edad en años cumplidos

58

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud?

☒ SI☐ NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

☐ SI☐ NO☒ NO SABE

3.8. Régimen

☐ Contributivo☒ Subsidiado☐ Especial

3.8.1. Nombre de la aseguradora

salud total

☐ Fondo de atención en salud para PPL☐ Excepción

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

☐ Tos☐ Fiebre☐ Sudoración nocturna☐ Pérdida de peso☐ Otras ITS☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles)☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV☒ Asistió a jornada educativa☐ Servicio de salud IPS/ESE☐ Amigo/a☐ Líder/Líderesa sociedad civil☐ Motivación propia☐ Autotest Positivo☐ Autotest Negativo☐ Interés en PrEP☐ Redes Sociales/Casuales☐ www.tecudamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo

☐ SI☒ NO

Tipo de financiamiento

☐ UPC☐ Fondo Mundial☒ Recursos Locales PIC☐ Otros Cooperantes☐ Fondo Nacional de Estupefacientes☐ Recursos propios del usuario☐ Otro ¿Cuál?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Vicente Ortiz Chamorro identificado(a) con Cédula
No. 16503136 de Benaventura certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la Institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o Institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3019299891 o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2015
Vicente Xiomara Villac

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: 16503136
Tipo y número de identificación: Benaventura

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Xiomara Villac
Tipo y número de identificación: 1004797009

7. Datos de la primera prueba			Fecha prueba rápida y entrega de resultado <u>2026/01/17</u>		
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06CDK006A	2027 03 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000972583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria			Fecha prueba rápida y entrega de resultado <u>AAAA MM DD</u>		
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba
Nombre Xiomara Villac Firma Xiomara Villac Cédula de ciudadanía 1004797009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS
RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121793

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano1.2. Municipio Montenegro1.6. Lugar de la actividad: Parque Principal

1.3. Localidad/comuna:

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio

1.4. Barrio donde se realiza la actividad centroHospital Roberto Arango

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío

2.3. Localidad/comuna

2.2. Municipio Montenegro2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT

3.2. Número de identificación

3043508

3.3. Primer nombre

Nelson

3.3.1. Segundo nombre

de Jesus

3.3.2. Primer apellido

lotano

3.3.3. Segundo apellido

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ OTS ☐ HC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO☐ SPA ☐ GESTANTE

Fecha de la última menstruación

A A A A M M D D

☒ POB. GENERAL ☐ TB

*País de procedencia

colombiano

3.5. Sexo asignado al nacer

☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

14/3/01

3.6.1 Edad en años cumplidos

823.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE3.8. Régimen ☒ Contributivo☒ Subsidiado☐ Especial

3.8.1. Nombre de la aseguradora

☐ Fondo de atención en salud para PPL☐ ExcepciónSalud total

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

☐ Tos☐ Fiebre☐ Sudoración nocturna☐ Pérdida de peso☐ Otras ITS☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles)☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

5. No. Condones

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NOTipo de financiamiento ☐ UPIC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1381/12 y demás normas aplicables.

Yo Nelson de Jesus Lozano identificado(a) con cedula
No. 3042589 de Ecuador certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la Institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o Institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO Nelson Lozano
Nombre y Apellido: Nelson Lozano
Tipo y número de Identificación: _____

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO Xiomara Ollado
Nombre y Apellido: Xiomara Ollado
Tipo y número de Identificación: 1097727009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026/01/17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	Determine	2026/05/07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06 CDK006A	2027/03/31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000472583	2026/07/27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado AAAA MM DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomara Firma Xiomara Cédula de ciudadanía 1097727009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS
RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121782

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento

Quindío

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

Urbano

1.2. Municipio

Montenegro

1.6. Lugar de la actividad:

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad

Centro

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

Hospital Roberto Quintero

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento

Quindío

2.3. Localidad/comuna

2.2. Municipio

Montenegro

2.4. Barrio

Centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento

☐ RC☐ TI☒ CC☐ PA☐ CE☐ SD☐ DNI☐ PEP☐ PPT

3.2. Número de identificación

18 412 563

3.3. Primer nombre

Juan

3.3.1. Segundo nombre

Diego

3.3.2. Primer apellido

Salazar

3.3.3. Segundo apellido

Sierra

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH☐ TRANS☐ PID☐ TS☐ HCH☐ LESB☐ PPL☐ ITS☐ INMIGRANTE*☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO☐ SPA☐ GESTANTEFecha de la última
menstruación

AAAA MM DD

☒ POB. GENERAL☐ TB

*País de procedencia

Colombio

3.5. Sexo asignado al nacer

☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

1965 Julio 17

3.6.1 Edad en años cumplidos

60

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud?

☒ SI ☐ NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE

3.8. Régimen

☒ Contributivo☒ Subsidiado☐ Especial

3.8.1. Nombre de la aseguradora

N eps

☐ Fondo de atención en salud para PPL☐ Excepción

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

☐ Tos☐ Fiebre☐ Sudoración nocturna☐ Pérdida de peso☐ Otras ITS☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles)☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV☒ Asistió a jornada educativa☐ Servicio de salud IPS/ESE☐ Amigo/a☐ Líder/Líderesa sociedad civil☐ Motivación propia☐ Autotest Positivo☐ Autotest Negativo☐ Interés en PrEP☐ Redes Sociales/Casuales☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

7. IPS de atención regular

Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo

☐ SI ☒ NO

Tipo de financiamiento

☐ UPC☐ Fondo Mundial☒ Recursos Locales PIC☐ Otros Cooperantes☐ Fondo Nacional de Estupefacientes☐ Recursos propios del usuario☐ Otro (Cuál?)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo, Juan Diego Salazar, identificado(a) con Cedula
No. 13412563 de Montenegro certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto ☒ NO acepto ☐ la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI ☒ NO ☐

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI ☒ NO ☐ acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3126987695 o mi correo electrónico _____.

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI ☒ NO ☐ y que, mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____. Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI ☒ NO ☐. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad, SI ☒ NO ☐ No aplica ☐

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI ☒ NO ☐ que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2025

Juan Diego Salazar
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Juan Diego Salazar
Tipo y número de identificación: 13412563

Norma Villado
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Norma Villado
Tipo y número de identificación: 1097707009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026/01/11

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	<u>Determine</u>	<u>0000949385</u>	<u>2026/05/07</u>
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	<u>Rapid diagnostic</u>	<u>06C0K006A</u>	<u>2027/03/31</u>
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	<u>Determine</u>	<u>0000972583</u>	<u>2026/07/27</u>
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado AAAA/MM/DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Norma Villado Firma Norma Villado Cédula de ciudadanía 1097707009

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario
2121789



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbana
1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: _____
1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro hospital roberto quintero uilla

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
3.2. Número de identificación 4663954
3.3. Primer nombre Alirio 3.3.1. Segundo nombre _____ 3.3.2. Primer apellido García 3.3.3. Segundo apellido Bolanos

3.4. Caracterización persona atendida

☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ TS ☐ OHC ☐ LESB ☐ PPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación: ____/____/____ ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombia

3.5. Sexo asignado al nacer ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1955 08 18 3.6.1 Edad en años cumplidos 70

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE

3.8. Régimen ☐ Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Especial ☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción 3.8.1. Nombre de la aseguradora N. eps

3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quén) lo motivó a realizarse la prueba?

5. No. Condones

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a Jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PrEP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co 70

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH) 7. IPS de atención regular Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál? _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Alirio Garcia bolanos identificado(a) con Cedula
No. 4663954 de El Tambo certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí Información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la Institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3206248571 o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

Alirio Garcia Bolanos
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Alirio Garcia b
Tipo y número de identificación: 4663954

Xiomaná Villado
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Xiomaná Villado
Tipo y número de identificación: 1007776209

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026/01/17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 07
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06CDK006A	2027 03 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000942583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado AAAA / MM / DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomaná Villado Firma Xiomaná Villado Cédula de ciudadanía 1007776209

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

2121772



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
 1.2. Municipio montenegro 1.6. Lugar de la actividad: parque principal
 1.3. Localidad/comuna: _____ 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
 1.4. Barrio donde se realiza la actividad centro Hospital roberto quintero villa

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna _____
 2.2. Municipio montenegro 2.4. Barrio centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☒ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☐ PPT
 3.2. Número de identificación 41895902
 3.3. Primer nombre Felicidad 3.3.1. Segundo nombre _____ 3.3.2. Primer apellido Grayaes 3.3.3. Segundo apellido Serno
 3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ OTS ☐ OHC ☐ LESB ☐ OPPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación: ____/____/____ ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia colombio
 3.5. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☒ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1961 Julio 04 3.6.1 Edad en años cumplidos 64
 3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? ☒ SI ☐ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ☐ SI ☐ NO ☒ NO SABE
 3.8. Régimen ☒ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Especial 3.8.1. Nombre de la aseguradora S.O.S.
☐ Fondo de atención en salud para PPL ☐ Excepción
 3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Fiebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

☐ Pareja de una PVV ☒ Asistió a jornada educativa ☐ Servicio de salud IPS/ESE ☐ Amigo/a ☐ Líder/Líderesa sociedad civil
☐ Motivación propia ☐ Autotest Positivo ☐ Autotest Negativo ☐ Interés en PREP ☐ Redes Sociales/Casuales ☐ www.tecuidamos.com.co

5. No. Condones

70

6. Programa PREP (Aplica sólo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☐ SI ☒ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

Tipo de financiamiento ☐ UPC ☐ Fondo Mundial ☒ Recursos Locales PIC ☐ Otros Cooperantes ☐ Fondo Nacional de Estupefacientes ☐ Recursos propios del usuario ☐ Otro ¿Cuál? _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

La confidencialidad de los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza en los términos previstos en la LEY 1268/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Felicidad Graciela Sema Identificado(a) con cedula
No. 41845902 de Armenia certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento
Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su
contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (☒) NO acepto (☐) la realización de la prueba rápida: ☒ VIH ☒ Sífilis ☒ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes de que me sea tomado el examen.
Adicionalmente fui notificado(a) que toda mi información y resultados son confidenciales. Entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Que he recibido información relacionada con la prueba rápida para aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme
la prueba rápida. En este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH,
sífilis, hepatitis B o hepatitis C. En caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediatamente para confirmar el
diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con
la ruta de atención al prestador o me tomarán una segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (☒) NO (☐)

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la institución que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EAPB (Entidades Administradoras
de Planes de Beneficios) me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o
complementarias para mi acceso a los servicios de salud. SI (☒) NO (☐) acepto canalización y acompañamiento por parte del servicio comunitario y/o institución
de salud, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3184363177 o mi correo
electrónico _____

Para usuarios procedentes del exterior no regularizados: En caso de resultado positivo de VIH, se me informó que para recibir tratamiento antirretroviral por
parte del SGSSS debo adelantar el proceso de regularización de mi estatus migratorio y la posterior afiliación al sistema de salud SI (☒) NO (☐) y que,
mientras adelanto estos trámites, recibiré tratamiento antirretroviral por parte de _____ por un periodo máximo de _____.
Tengo intención de permanecer en la ciudad y me comprometo a realizar el proceso de regularización de mi estatus migratorio SI (☒) NO (☐).
En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que prestan servicios en la ciudad,
SI (☒) NO (☐) No aplica (☐)

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Institución y autorizo SI (☒) NO (☐)
que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción
y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 17 del mes de enero del año 2026

Felicidad Graciela Sema Xiomara Villaci
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Felicidad Graciela Sema Nombre y Apellido: Xiomara Villaci
Tipo y número de identificación: CC Tipo y número de identificación: 1047727009

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 10 17

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	Determine	0000949385	2026 05 03
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	Rapid diagnostic	06CDK006A	2027 03 31
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	Determine	0000972583	2026 07 27
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado AAAA MM DD

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			

9. Se toman muestras para pruebas complementarias: ☐ SI ☐ NO Cuáles: ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba Nombre Xiomara Villaci Firma Xiomara Villaci Cédula de ciudadanía 1047727009