Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS GENERALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23-08-2018	
		Código:	10-01-FO-0029	

I D E N T I F I C A C I O N : **Historia clínica: 1016009899**

Fecha 4/03/2026 11:02:09 a. m. **Paciente** MARIBEL CUBILLOS CUBILLOS **Sexo** Femenino **Etnia** N/A

Fecha Nicimiento: 04/05/1988 **Edad** 37 Años / 9 Meses / 29 Días **Unidad:** CENTRO DE SALUD EL PORVENIR

Cédula_Ciudadanía **Nro** 1016009899 Subred Suroccidente **Servicio** PORVENIR Credo: CATOLICA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, capítulos: I, II,III, Terapia Respiratoria ley 1240 de 2008 Título I, Bacteriología Ley 841 de 2003 Título I, IV, Enfermería Ley 266 /1996 para el ejercicio de la Enfermería. Ley 911/2004 Código de ética, Capítulo I y IV de la norma sobre manejo de la historia clínica Resolución 1995 de 1999, de la norma sobre archivo de documentos Circular Nº 2 de 197 (Archivo general de la Nación) y de la norma que define y reglamento del uso de datos Ley 527 de 1999.
Resolución 13437 de 1991 donde se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes o las normas que las modifiquen adicionen o sustituyan y demás normas concordantes.

Se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículo 15, 16), por lo tanto:

I N F O R M A C I Ó N

Yo mayor de edad, identificado(a) con Cédula_Ciudadanía

1016009899 actuando en mi propio nombre o en mi calidad de

del paciente MARIBEL CUBILLOS CUBILLOS con documento de identidad 1016009899

con domicilio en CALLE 63 SUR 87N 16

hago constar en forma expresa que AUTORIZO al equipo de salud de la Subred Suroccidente para que me realice o le realicen a mi acudido

APLICACION DE PENICILINA G BENZATINICA 2400000 DOSIS UNICA .

el (los) procedimiento(s), señalado(s)

PROCEDIMIENTOS

☐ VENOPUNCIÓN	☐ SUTURAS	☐ PASO DE SONDA	☐ INMOVILIZACIONES
☑ ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	☐ ASISTENCIA CIRCULATORIA	☐ ASISTENCIA RESPIRATORIA	☐ OTROS

Posibles complicaciones DOLOR, HEMATOMA, ALERGIA, ANAFILIAXIA, HOSPITALIZACION, FALLECIMIENTO.

El diagnóstico o la probabilidad diagnóstica que lo justifica es SIFILIS

También he sido informado (a) de mi pronóstico en caso de aceptar o no la intervención.

Por lo expuesto, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos explicados, en consecuencia:

(Manifiesto que no se leer. Certifico que se me ha leído el contenido del presente documento, en presencia de mi acudiente quien es alfabeta, quien firmará a ruego el presente, junto a la huella de mi índice derecho)

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E implementa programas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de adquirir enfermedades asociadas a la prestación de servicios de salud.

ACEPTACIÓN

Autorizo al personal de enfermería de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E a realizar los procedimientos que sean necesarios para la recuperación de mi estado de Salud, durante mi Estancia en los Servicios de Hospitalización y Urgencias

CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. Entiendo que, aunque el desenlace no puede garantizarse, el equipo de salud se compromete a poner todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la tecnología disponible en la institución para obtener el mejor de los resultados.

Expuesto lo anterior ☑ CONSIENTO ☐ NO CONSIENTO la realización del procedimiento indicado

Expuesto lo anterior ☑ CONSIENTO ☐ NO CONSIENTO que el presente estudio sea usados con fines académicos e investigativos en las condiciones en que me fueron explicadas.

Edward A. Infante O.

MARIBEL CUBILLOS CUBILLOS
Nro. Documento 1016009899
Nombre y/o firma del paciente

INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES
MEDICINA GENERAL. 1018429103
PROFESIONAL DE SALUD Hago constar que el paciente entendió las explicaciones y resolvió las dudas respecto de su procedimiento

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.

Nombre y/o firma del REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para firma del Representante Legal de Paciente con edad entre 12 a 18 años

USO DE HUELLA DACTILAR POR ANALFABETISMO O INVIDENCIA: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Huella

NOTA: Para revocación del presente consentimiento diligenciar el documento Revocatoria del Consentimiento Informado, código 07-00-FO-0091. Para aclaración sobre la representación legal diligenciar el documento Autorización para Representación Legal, código 07-00-FO-0090

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.