E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA
CARRERA 7 No. 7 -13 APIA RISARALDA
TEL 3609780 FAX 3609196 CEL 3113440194

ACTIVIDAD No.	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Jornadas de Salud	Objetivo de la Actividad: Desplegar un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes áreas (Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral) para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS. Además, asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones tanto individuales como colectivas, garantizando una cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.	3	$ 3,068,798	$ 9,197,394.24
2	Educación para la Salud y Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general), mediante acciones de educación en salud enfocadas en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. También se realizará la tamización de enfermedades de transmisión sexual (VIH y sífilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.	80	$ 131,852	$ 3,055,574.56
7	fortalecimiento de redes	Objetivo de la Actividad: Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de las principales problemáticas a intervenir, tales como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores de pacientes con trastornos mentales, violencia evitable, entre otros.	1	$ 527,293	$ 527,293.87
8	centros escuchas	Objetivo de la Actividad: Fortalecer los centros de escucha para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y psicoemocionales o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.	1	$ 527,293	$ 684,989.84
9	tamizaje	Objetivo de la Actividad: Administrar pruebas para consumo de sustancias psicoactivas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático o personas con riesgo en salud mental, mediante la realización de pruebas de tamizaje en salud mental (AUDIT, ASSIST, SRQ, PQC), con el fin de identificar población de riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atención integral en salud mental requeridas según el nivel de riesgo.	20	$ 105,854	$ 2,695,988.87
10	Información para la Salud	Objetivo de la Actividad: Realizar campañas informativas en control de vectores, con énfasis en la prevención del dengue, dirigidas a la población general del municipio.	1	$ 185,102	$ 185,192.13
13	Educacion y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes. Las acciones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo intersectorial.	2	$ 224,270	$ 448,591.48
					$14,403,785

Contrato Intradministrativo vigencia 2020
Actividades realizadas del 15 de marzo al 16 de abril

CAMILO VARONA PAREDES
Profesional Universitario

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA
CARRERA 7 No. 7 -13 APIA RISARALDA
TEL 3600780 FAX 3600196 CEL. 3113440194

ACTIVIDAD No.	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Jornadas de Salud	Objetivo de la Actividad: Desplegar un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes áreas (Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral) para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAs. Además, asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones tanto individuales como colectivas, garantizando una cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.	2	$ 3,068,799	$ 6,137,598.26
3	Educación para la Salud y Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general), mediante acciones de educación en salud enfocadas en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. También se realizará la tamización de enfermedades de transmisión sexual (VIH y sífilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.	30	$ 131,653	$ 3,955,570.08
7	Fortalecimiento de redes	Objetivo de la Actividad: Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de las principales problemáticas a intervenir, tales como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores de pacientes con trastornos mentales, violencia extrema, entre otras.	1	$ 327,293	$ 327,292.97
8	centros escuchas	Objetivo de la Actividad: Fortalecer los centros de escucha para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.	2	$ 327,293	$ 654,585.94
9	tamizaje	Objetivo de la Actividad: Administrar pruebas para consumo de sustancias psicoactivas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático o personas con riesgo en salud mental, mediante la realización de pruebas de tamizaje en salud mental (AUDIT, ASSIST, SRQ, ROC), con el fin de identificar población de riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atención integral en salud mental requeridas según el nivel de riesgo.	20	$ 103,454	$ 2,069,088.87
10	Información para la Salud	Objetivo de la Actividad: Realizar campañas informativas en control de vectores, con énfasis en la prevención del dengue, dirigidas a la población general del municipio.	1	$ 165,192	$ 165,192.13
13	Educacion y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes. Las sesiones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo interinstitucional.	3	$ 224,276	$ 668,991.48
					$14,403,795

Contrato interadministrativo vigencia 2020
Actividades realizadas del 15 de marzo al 16 de abril

CAMILO VARONA PAREDES
Profesional Universitario

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
/ersión:	Vigencia:07-2020	

INFORME MES DE 15 DE MARZO AL 16 ABRIL

ACTIVIDAD NO.	TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD RURAL	CANTIDAD URBANA
1	Jornadas de Salud	Objetivo de la Actividad: Desplegar un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes áreas (Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral) para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS. Además, asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones tanto individuales como colectivas, garantizando una cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.	2	
3	Educación para la Salud y Tamizaje	Objetivo de la Actividad: Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general), mediante acciones de educación en salud enfocadas en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. También se realizará la tamización de enfermedades de transmisión sexual (VIH y sífilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.	20	10
7	fortalecimiento de redes	Objetivo de la Actividad: Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de las principales problemáticas a intervenir, tales como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores de pacientes con trastornos mentales, violencia evitable, entre otros.	1	
8	centros escuchas	Objetivo de la Actividad: Fortalecer los centros de escucha para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.	2	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
ersión:	Vigencia:07-2020	

9	tamizaje	Objetivo de la Actividad: Administrar pruebas para consumo de sustancias psicoactivas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático o personas con riesgo en salud mental, mediante la realización de pruebas de tamizaje en salud mental (AUDIT, ASSIST, SRQ, RQC), con el fin de identificar población de riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atención integral en salud mental requeridas según el nivel de riesgo.	15	11
10	Información para la Salud	Objetivo de la Actividad: Realizar campañas informativas en control de vectores, con énfasis en la prevención del dengue, dirigidas a la población general del municipio.		1
13	Educación y comunicación para la salud	Objetivo de la Actividad: Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resolución pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes. Las acciones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo interinstitucional.	2	

JHOANA PAOLA POSADA MOLINA
Gerente

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Actividad 1

Desplegar un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología, Odontología, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar en Higiene Oral, para garantizar el acceso de la población a las Intervenciones de las RIAS. Asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas, garantizando cobertura, integralidad y eficiencia administrativa, incluyendo a la población vulnerable.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

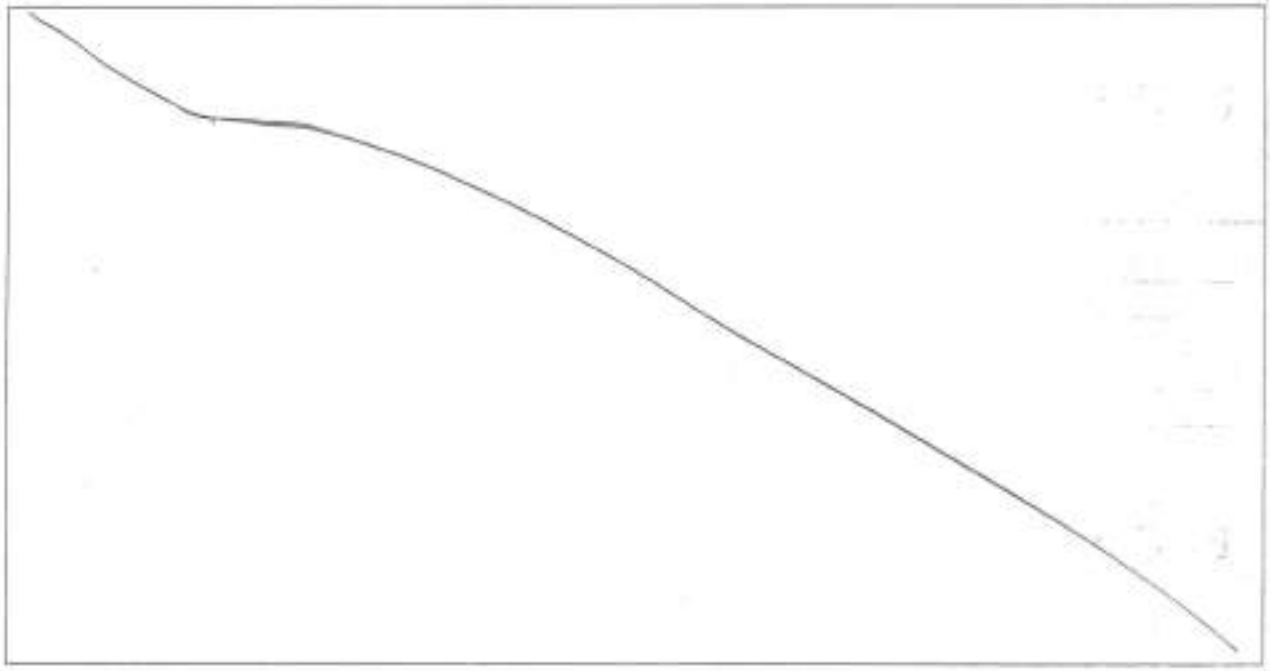
TIPO DE INTERVENCIÓN	Extramural.
FECHA	Día – Mes- Año 20 03 26.
ACTIVIDAD	Jornada de salud en la vereda materana.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Diana Marcela Ruiz.
CODIGO CUPS	130304.

OBJETIVO: Promocionar una atención en la comunidad. a través de la ejecución de una jornada donde incluya Todas las atenciones como medicina, enfermería, odontología, psicología, vacunación y enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la jornada extramural, ofertando las consultas por medicina general, enfermería, psicología, odontología, en la cual se realizaron 22 atenciones por medicina general, 4 citados por enfermería, 6 atenciones por psicología y 20 atenciones por odontología, siendo las 17:00 se da por terminada la jornada,

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital 76 San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	



ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

_____

_____

_____

_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Yaritza López Sánchez
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Extramural
FECHA	Día – Mes- Año 26/03/2025
ACTIVIDAD	Extramural Vda Jordania
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Laura Jimena Murillo
CODIGO CUPS	I30304
OBJETIVO: Brindar atención integral en salud a la población, mediante la oferta de servicios de promoción y mantenimiento de la salud, facilitando el acceso oportuno a intervenciones en psicología, odontología, vacunación, medicina general, enfermería y citología, con el fin de promover el bienestar y la detección temprana de posibles alteraciones en el estado de salud.	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: En el marco de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se llevó a cabo una jornada de atención integral dirigida a la comunidad. Durante la actividad se dispusieron diferentes servicios de salud con el objetivo de garantizar una atención accesible y oportuna a la población. El servicio de **medicina general** permitió la valoración clínica de los usuarios, identificación de factores de riesgo y formulación de tratamientos o remisiones según la necesidad. En **enfermería**, se realizaron actividades de educación en salud, toma de signos vitales, orientación sobre hábitos saludables y canalización hacia otros servicios. En el área de **vacunación**, se verificaron los esquemas de inmunización de acuerdo con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), aplicando las vacunas correspondientes según la edad y condición de cada usuario, garantizando el registro adecuado de las dosis administradas. El servicio de **odontología** incluyó valoración de la salud oral, actividades de promoción y prevención, aplicación de flúor y educación en higiene oral, así como la identificación de patologías que requirieran tratamiento posterior. En **psicología**, se brindó orientación y apoyo psicosocial, identificación de factores de riesgo en salud mental y fortalecimiento de habilidades para el afrontamiento de situaciones emocionales y familiares. Asimismo, se realizó la toma de **citologías cervicouterinas** a mujeres en edad fértil, con el fin de contribuir a la detección temprana de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, brindando además educación sobre la importancia de este tamizaje y la adherencia a los controles periódicos. La jornada se desarrolló con normalidad, contando con una adecuada participación de la comunidad y el trabajo articulado del equipo interdisciplinario de salud, cumpliendo con los objetivos propuestos y fortaleciendo las acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

_____

Laura Murillo.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Beatriz Elena Calle.
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

Actividad 3

Desarrollar y/o fortalecer factores protectores para la salud, así como identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable o en riesgo (HSH, TRANS, TS, HC, LESB, PPL, personas en riesgo de ITS, migrantes, víctimas del conflicto armado, consumidores de SPA y población general), mediante acciones de educación en salud enfocadas en la prevención de riesgos y la promoción de factores de protección. También se realizará la tamización de enfermedades de transmisión sexual (VIH y sífilis), garantizando el cargue de la información en la plataforma dispuesta por la Dirección Local de Salud, el diligenciamiento del registro de asistencia, el consentimiento informado para la realización de pruebas de ITS y el registro individual para la entrega de resultados.

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 03 | 20.

1.2. Departamento Risaralda. 1.5. Tipo de lugar: Rural 1.6. Nombre del lugar: Escuela Jordania

1.3. Municipio Pereira. 1.7. Nombre de la organización/ institución HSLB

1.4. Barrio de la actividad Vda Jordania. 1.8. Localidad/comuna de la actividad Rural.

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Régimen	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió plegables: SI	Recibió plegables: NO	Recibió asesoría: SI	Recibió asesoría: NO	Cantidad de parientes	Cantidad de condones	Acepta información adicional para prestar el tamizaje: SI	Acepta información adicional para prestar el tamizaje: NO	Canalización a: Servicios de salud	Canalización a: Servicios sociales	Canalización a: Vacunación requerida	Canalización a: Programa PEP	Canalización a: Otro	Canalización a: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Ivana Ximena	Murillo	CC	1004684 920	2003 07-02		X		S.O.S	Mestizo							X									Laura Murillo
2	Deisy Johanna	cardona Tirado	CC	103663 5053	1991 25-03		X		S.O.S.	Mestizo.							X									Deisy C.
3	Sandra Lucero	calle Perez	CC	25196 246	1982 12-06				Asmet Salud	Mestizo.							X									Sandra Calle
4	Claudia Lorena	castaño ceballos	CC	42149 545	1982 20-01				Salud total	Mestizo.							X									
5	Maria Ydalba	cardenas Ramirez	CC	66871 229	1973 17-11				Comfenalco valle	Mestizo.							X									María Ydalba
6	Maria Solangel	Benitez Alzate	CC	24414 902	1980 30-01				Salud total	Mestizo.							X									MSolangel B.
7	Tomas	calle Perez	CC	1137060 286	2004 06-06				Asmet salud.	Mestizo.							X									Tomas
8	Eydel Alonso	Penagos Restrepo	CC	1088526 149	1986 18-08				Asmet salud	Mestizo.							X									Eydel Penagos
9	Sandra Milena	Salazar Cano	CC	103975 9202	1988 01-03				salud total	Mestizo.							X									Sandra Salazar
10	Diana Marcela	Agallon Rios.		1083792 422.	1991 05-09				Nueva EPS.	Mestizo.							X									

Versión_01_2023

FORM 1A.

FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

- ◯ Organización de Base Comunitaria
- ◯ Organización no Gubernamental
- ⊗ Servicio de salud IPS/ ESE
- ◯ Secretaría de Salud
- ◯ Otra. ¿Cuál? _____

1.2. Tipo de actividad

- ◯ Encuentros de ciudadanía
- ◯ Talleres/ Jornadas educativas
- ◯ Recorrido de calle
- ⊗ Jornada de Salud
- ◯ Servicios de escucha
- ◯ Grupos de apoyo
- ◯ Asesoría Psicosocial
- ◯ Seguimiento de casos
- ◯ Actividad lúdico pedagógica
- ◯ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad 2026 | 03 | 28

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 20

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Toma de muestras Rapidas VIH - Sifilis.
Temas abordados:
Cantidad de líderes que coordinaron el evento:
Hora de inicio y final de la actividad:
Se entregan condones individuales o por paquetes:
Qué incluye el paquete:

3. PAQUETES DE SERVICIOS ENTREGADOS (registre todos los elementos entregados en el paquete de prevención)

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes								
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*HSH, TRANS, TS, HC, PPL, LESB, BISEX, JÓVENES, GESTANTES, POBL. GRAL., CONSUMO SPA, REINCORPORADOS, POB TD, POB ITS, INDÍGENAS, INMIGRANTE, OTROS (PRIORIZADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL).

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Dra Vanessa Sandoval.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1088538818.

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

- ◯ Fondo Mundial
- ◯ Recursos propios de la Entidad territorial
- ◯ Otros recursos de cooperación
- ◯ Otro ¿Cuál? _____
- ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes
- ⊗ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

Versión - 01 - 2021

FORM 2.

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda Jordania

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1004684920

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
laura	Ximena	Murillo	

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: 2021 / 03 / 09 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 / 02 / 07
3.6.1 Edad en años cumplidos:

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: SOS

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

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

○ Pareja de una PvV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: HSVP Apia

Observaciones:

SERVICIO

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 Laura Ximena Murillo identificado(a) con CC No. 1009684920 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 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 ( ) ND ( ). 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 26 del mes de 03 del año 2026

Laura Murillo

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Laura Jimena Murillo Grajales
Tipo y número de identificación: 1009684920

KATHERINE RUIZ TIRADO

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: KATHERINE RUIZ M.
Tipo y número de identificación: 1088537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A06620	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A06620	2027 06 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía 1088537603

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

Número de formulario

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.

Versión 01 - 2021

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda. Jordania

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: 1036635053

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Deisy	Johanna	Cardona	Tirado

3.4. Caracterizacion persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2026 / 03 / 10 | ◉ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 / 03 / 25
3.6.1 Edad en años cumplidos: 35

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: S.O.S

3.9. Presentá 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ◉ SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP

Observaciones

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 prevstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo Deivy Johanna Caidona identificado(a) con CC No. 1075685565 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 26 del mes de 03 del año 2026

Deivy Caidona — Katherine Ruiz Tapia

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Deivy C.
Tipo y número de identificación: 1075685565

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz T.
Tipo y número de identificación: 1088537643

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06ADK0248	2028 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06AOK0248	2027 / 06 / 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígeno			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía [illegible]

Versión 01 - 2023

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

Número de formulario

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.

FINAL

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Sardaña
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Sardaña

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 25196246

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Sandra	Loreny	Calle	Paez

3.4. Caracterizacion persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2026 03 05 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1982 12 06
3.6.1 Edad en años cumplidos: 43

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE Hsvp Apia

Observaciones:

SERVICIO

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 Sandra Lorena Calle Perez identificado(a) con CC No. 25196246 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 16 del mes de 03 del año 2026

x Sandra Calle
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: x Sandra Lorena Calle Perez
Tipo y número de Identificación: x 25196246

KATHERINE RUIZ MARIN
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: KATHERINE RUIZ M.
Tipo y número de Identificación: 1045537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A06024B	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A06024B	2027 06 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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: [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía 1045537603

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

Número de formulario:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01, 2022

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda Jordania

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 42149545

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
claudia	Lorena	Castaño	cadillo

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 | 03 | 20 | (X) POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual	1982 | 01 | 20	43

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: Yo no tengo

Observaciones:

SIVIGILA

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 Claudia Lorena Castaño identificado(a) con CC No. 42.149.545 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 26 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Claudia Lorena Castaño Celadón
Tipo y número de identificación: CC 42.149.545

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: KATHERINE RUIZ M.
Tipo y número de identificación: 1088353763

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A04K024B	2027 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A04K024B	2027 / 06 / 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombres: [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda Sardinia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda Sardinia

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: 66871229

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Maria	Idalba	Cardenas	Ramirez

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:

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual	1973 / 11 / 17	53

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: comfenalco valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros 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.cecuidamos.com.co

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ⊗ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

HSVP

Observaciones

SERVICIO

Versión 01 - 2023

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 María Yolima Cardenas identificado(a) con CC No. 6587229 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 pueden 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 26 del mes de 03 del año 2026

María Yolima

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: María Yolima Cardenas
Tipo y número de identificación: CC 6587229.

Katherine Paz Mora

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Paz D.
Tipo y número de identificación: 1085324603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
(X) VIH	( ) Reactivo	(X) No reactivo	( ) Anticuerpos	(X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027	06	07
(X) Sífilis	( ) Positivo	(X) Negativo	(X) Anticuerpos		ABBOTT	06A0K024B	2027	06	07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo	( ) No reactivo	( ) Antígenos				AAAA	MM	DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo	( ) No reactivo	( ) Anticuerpos				AAAA	MM	DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rapida 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: Katherine D. P. | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1085324603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_01_2023

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hsup Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Jordania

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de Identificación: 24414902

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Maria	Selangel	Benitez	Alzate

SERVICIO

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 02 27 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia:

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 01 30
3.6.1 Edad en años cumplidos: 46

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSUP

Observaciones:

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 Maria Solangel Benitez identificado(a) con CC No. 24414902 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 da 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 un 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 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) (NO ( ). En caso de no cumplir con los requisitos mencionados, se me informó también, las rutas de atención de otros cooperantes que presten 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 26 del mes de 03 del año 2026

Maria Solangel Benitez Alzate.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Maria Solangel Benitez A.
Tipo y número de identificación: 24414902.

Katherine Ruiz Florin

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz R
Tipo y número de identificación: 1088533603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K24B	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K24B	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 Katherine Ruiz F | Firma | Cédula de ciudadanía 1088533603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Sardinas
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE HOSP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Sardinas

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1137060296

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Tomas		calle	Perez

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
(X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	2009 / 06 / 06	14

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción — 3.8.1. Nombre de la aseguradora:

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HSVP.

Observaciones

SERVICIO

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 Tomas Calle Perez Identificado(a) con CC No. 1137060286 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 26 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Tomas Calle Perez
Tipo y número de Identificación: 1137060286

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de Identificación: 1065572603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 06 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 06 03
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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: Katherine Ruiz M. | Firma: | cédula de ciudadanía: 1065572603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01, 2023

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.

FT0302.2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: E.S.E Hosp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Jordania

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (A) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088526149

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Eyder	Alonso	Penagos	Restrepo

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 | (A) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (A) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1986 08 18
3.6.1 Edad en años cumplidos: 39

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (A) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (A) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (A) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (A) SI ○ NO

7. IPS de atención regular

E.S.E Hosp Apia

Observaciones

SERVICIO

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 Eyder Alonso Restrepo Identificado(a) con CC No. 1088536179 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 26 del mes de 03 del año 2026

Eider Pengos R.
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Eider Alonso Pengos Restrepo
Tipo y número de identificación: 1088536179

Katherine Ruiz Ram
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz R.
Tipo y número de identificación: 1055537653

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	01AD1024B	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	01AD1024B	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía [illegible]

Versión 8 - 2021

FT.SM.1

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda Sardinia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVR Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda Sardinia

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1039759202

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Sandra	Milena	Salazar	Cano

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1988 03 01
3.6.1 Edad en años cumplidos: 38

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVR

Observaciones

SERVICIO

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 Sandra Milena Salazar identificado(a) con CC No. 1039759202 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) ND ( ). 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 26 del mes de 03 del año 2026

Sandra Salazar
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Sandra Milena Salazar Cano
Tipo y número de identificación: 1039759202

Katherine Ruiz Mora
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1085337603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A06 02AB	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A06 02AB	2027 | 06 | 09
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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: Katherine Ruiz Mora | Firma: [signature] | Cédula de ciudadanía: 1085337603

Versión 01 - 2021

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

Número de formulario

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.

FASE 1

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda Jordania
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HDVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda Jordania

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088292422

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Diana	Marcela	Aguillon	Rios

SERVICIO

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 / 03 / 01 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 / 09 / 05
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Anexa CPD

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

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

○ Pareja de une PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: HDVP Apia

Observaciones:

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 Diana Marcela Agudelo Identificado(a) con CC
No. 1058292922 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 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) (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 26 del mes de 03 del año 2026

Diana Agudelo

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Diana Marcela Agudelo
Tipo y número de identificación: CC 1058292922

Katherine Ruiz Nain

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz N.
Tipo y número de identificación: 1065537603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 26

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápido 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

Firma _____ Cédula de ciudadanía 1065537603

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

Página No.

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 03 | 20

1.2. Departamento Risaralda 1.5. Tipo de lugar: Rural 1.6. Nombre del lugar: Escuela matecaña

1.3. Municipio Pereira 1.7. Nombre de la organización/ institución ESE HSVP

1.4. Barrio de la actividad Vda matecaña 1.8. Localidad/comuna de la actividad Norte

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Registro	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió preservativos: SI	Recibió preservativos: NO	Recibió autotest: SI	Recibió autotest: NO	Cantidad de preservativos	Cantidad de condones	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: SI	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: NO	Canalizado a: Servicios de salud	Canalizado a: Semana sexosa	Canalizado a: Normalización Hepatitis B	Canalizado a: Ingresa PrEP	Canalizado a: Otro	Canalizado a: Negativo	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Andrea Paola	Uribe Valencia	CC	1088953110	1999 11-27		X		Salud total	Migrante							X								Paola U.	
2	Vanesa	Rios Rosu	CC	1088538058	1994 02-03		X		Comfenalco valle	Migrante							X								Vanessa RR.	
3	Juan Carlos	Pamplona Moncada	CC	1088536396		X			Asmet salud	Migrante							X									
4	Katherine	Ruiz Mesa	CC	1088553603	1992 25-01		X		Sura	Migrante							X								K R M	
5	Diana Patricia	Ocampo Valencia	CC	25249107	24-11-1975				Salud total	Migrante															Diana Posada	
6	Maria Nuvia Lopez Bedoya	Lopez Bedoya	CC	31674194	15-10-1961		X		Aneas S.	Migrante							X								X.	
7	Carlos Arturo	Moncada Ramirez	CC	97160352	28-03-1980	X			Asmet S.	Migrante							X								Carlos Arturo Moncada R.	
8	Isabel Cristina	Echeverry	CC	24412982	16-05-1965		X		Aneas S.	Migrante							X								X. Echeverry	
9	Joaquin Ramiro	Ramos	CC	1088333352	03-09-1995	X			Coomeva	Migrante							X								X Joaquin G.	
10	Jacob	Marin Garcia	CC	1088537831	16-01-1995	X			Asmet Salud	Migrante							X								Jacob	

Versión_01_2023

FORM 1A

FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

- ◯ Organización de Base Comunitaria
- ◯ Organización no Gubernamental
- ☒ Servicio de salud IPS/ ESE
- ◯ Secretaría de Salud
- ◯ Otra. ¿Cuál? _____

1.2. Tipo de actividad

- ◯ Encuentros de ciudadanía
- ◯ Talleres/ jornadas educativas
- ◯ Recorrido de calle
- ◯ Jornada de Salud
- ◯ Servicios de escucha
- ◯ Grupos de apoyo
- ◯ Asesoría Psicosocial
- ◯ Seguimiento de casos
- ◯ Actividad lúdico pedagógica
- ◯ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad AAAA | MM | DD

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 1 0 .

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Toma de Pruebas Rapidas VIH y Sifilis.
Temas abordados:
Cantidad de líderes que coordinaron el evento:
Hora de inicio y final de la actividad:
Se entregan condones individuales o por paquetes:
Qué incluye el paquete:

3. PAQUETES DE SERVICIOS ENTREGADOS (registre todos los elementos entregados en el paquete de prevención)

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes								
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*HSH, TRANS, TS, IC, PPL, LESB, BISEX, JÓVENES, GESTANTES, POBL. GRAL., CONSUMO SPA, REINCORPORADOS, POB TB, POB ITS, INDÍGENAS, INMIGRANTE, OTROS (PRIORIZADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL).

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Diz Vanessa Sandoval.

CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: 1088538893.

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

- ◯ Fondo Mundial
- ◯ Recursos propios de la Entidad territorial
- ◯ Otros recursos de cooperación
- ◯ Otro ¿Cuál? _____
- ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes
- ☒ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

Versión_01_2023

FORM 2

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: vda cuesta de caña
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda cuesta de caña
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda cuesta de caña

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1149959110

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Adriana	Paola	uribe	valencia

3.4. Caracterización persona atendida

○ MSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB ○ PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE | Fecha de la última menstruación: 2026 / 02 / 20 | Ø POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1999 / 11 / 27
3.6.1 Edad en años cumplidos: -

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? Ø SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO Ø NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo Ø Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: salud total

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros ITS
○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) Ø No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: Ø SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HSVP APIA

Observaciones

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 Andrea Paola Vaibe identificado(a) con CC No. 1.148.957.160 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 pueden contactarme y ofertar otros servicios de salud, programas de promoción y prevención entre otros.

Este documento se firma el día 20 del mes de 03 del año 2026

Paola Vaibe V.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Andrea Paola Vaibe
Tipo y número de identificación: 1.148.957.160

Katherine Ruiz Marin

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1088337603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 03 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	0LA0K024B	2027 07 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	0LA0K024B	2027 07 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rapida 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 (X) 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 Katherine Ruiz M. | Firma KRuiz | Cédula de ciudadanía 1088337603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2021

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: vda mata de caña
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HDVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: vda mata de caña
2.4. Barrio: Rural

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: 1088538 055

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Vanesa		Rios	Rojas

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: 2021 / 03 / 05 — ⊗ POB. GENERAL ○ TB — *País de procedencia: colombia.

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1994 / 02 / 03
3.6.1 Edad en años cumplidos: 32

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: comfamiliar valle

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: ⊗ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HDVP APIA

Observaciones

SERVICIO

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 Yarlin Vanessa Rios Rojas identificado(a) con CC No. 1068538058 de 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 (X) 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 un 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) (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 pueden 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 20 del mes de 03 del año 2026

Yarlin Vanessa Rios Rojas
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Yarlin Vanessa Rios Rojas
Tipo y número de identificación: 1068538058

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1066537663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	◯ Reactivo (X) No reactivo	◯ Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K24B	2027 07 06
(X) Sífilis	◯ Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K24B	2027 07 06
◯ Hepatitis B	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Antígenos			AAAA MM DD
◯ Hepatitis C	◯ Reactivo ◯ No reactivo	◯ Anticuerpos			AAAA MM DD

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 (X) 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 y Apellido: [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía 1066537663

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Vda mata de caña
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hospital San Vicente de Paul APia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Vda mata de caña
2.4. Barrio: Rural

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: 1088536386

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segunda nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Juan	Carlos	Pamplona	Moncada

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: A A A A | M M | D D | ⊗ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1987 | 05 | 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 38

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: Asmet salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros 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:

6. Programa PrEP (Aplica sólo para usuarios con resultado NC reactivo de VIH)

Realiza encuesta de valoración de riesgo ⊗ SI ○ NO

7. IPS de atención regular: APIA ESE HSVP

Observaciones:

FORM 2 - VERSIÓN 0 - MINSAL - 01 - 2021

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 Carlos Pamplona identificado(a) con CC No. 1088536386 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 20 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Juan Carlos Pamplona M
Tipo y número de Identificación: CC 1088536386

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de Identificación: 1085539663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	Hw/syphilis DUO	06A04K24B	2027 | 09 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	Hw/syphilis DUO	06A04K24B	2027 | 09 | 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 (X) 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: [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía 1085539663

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01. 2023

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Rural
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda mata de caña
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda mata de caña

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1089539603

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Katherine		Ruiz	Marin

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: 20 | 03 | 16 | (X) POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1992 | 01 | 25
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: SURA

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: Apia ESE HSVP

Observaciones

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 Katherine Ruiz Nieto identificado(a) con CC
No. 1088537603 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 Administradores 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 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 ( ) ND ( ). 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 10 del mes de 03 del año 2026

Katherine Ruiz N. — Sandra Pineda.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz N
Tipo y número de identificación: 1088537603

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Sandra Pineda
Tipo y número de identificación: 1088536826

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A06024B	2027 | 07 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A06024B	2027 | 07 | 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 (X) 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: Sandra Pineda | Firma: Sandra P | Cédula de ciudadanía: 1088536826

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01, 2013

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: vda matecaña
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: vda matecaña
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: vda matecaña

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 25249109

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Diana	Patricia	Ospino	valencia

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre (X) Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1980 03 28
3.6.1 Edad en años cumplidos: 45

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO ○ NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

SERVICIO

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

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

5. No. Condones:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: Apia ESE HSVP.

Observaciones:

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 Diana Patricia Osorio identificado(a) con CC No. 25249107 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 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) (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 20 del mes de 03 del año 2026

Diana P Osorio — Katherine Ruiz Mena

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Diana patricia osorio Valencia
Tipo y número de identificación: 25249107

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: 1088533603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento (AAAA / MM / DD)
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	0C49K02UB	2027 / 03 / 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	0C49K02UB	2027 / 03 / 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 (AAAA / MM / DD)
( ) VIH	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos			

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

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre: Katherine Ruiz M | Firma: | Cédula de ciudadanía: 1088533603

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

Número de formulario

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.

Versión 01 - 2013

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda.
1.2. Municipio: Pereira
1.3. Localidad/comuna: Vda Matecaña.
1.4. Barrio donde se realiza la actividad:
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural.
1.6. Lugar de la actividad: Rural.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE Hosp. Pereira.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda.
2.2. Municipio: Pereira.
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Matecaña.

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: 34674194.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Maria	Inés	Lopez	Rodriguez.

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: 26/03/02 | ☒ POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: ○ Hombre ☒ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1975 / 11 / 24
3.6.1 Edad en años cumplidos: 50.
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: Asmet Salud.
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 une 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:

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: Pereira.

Observaciones:

SERVICIO

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 Maria Luisa Lopez Dominguez. Identificado(a) con CC No. 34607484 de Ipiales 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 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 20 del mes de 03 del año 26

Maria Luisa Lopez.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Maria Luisa Lopez.
Tipo y número de identificación: CC 34607484

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: CC [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rapida y entrega de resultado: 2026/03/20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	VIH SIFILIS DUO	[illegible]	2027 / 09 / 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos	VIH SIFILIS DUO	[illegible]	2027 / 07 / 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía 1085257603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2015

FORM 2

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: Risaralda

1.2. Municipio: Pereira.

1.3. Localidad/comuna: Vda matecaña.

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda matecaña.

1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural

1.6. Lugar de la actividad: Rural.

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSUR Pereira.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda

2.2. Municipio: Pereira.

2.3. Localidad/comuna: Rural

2.4. Barrio: Vda matecaña.

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: 9760352.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Carlos	Arturo.	Morada	Ramirez.

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 ○ TE | *País de procedencia: Colombia.

3.5. Sexo asignado al nacer: ☒ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento: 1961. 10 15

3.6.1 Edad en años cumplidos: 64.

3.7. ¿Aseguredo 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: Comfamiliar Salud.

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otros 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HSUR.

Observaciones

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 CARLOS CAMILO MORCADA identificado(a) con CC No. 1067003552 de Ocaña 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un segunda muestra de sangre para pruebas complementarias, de ser posible. Recibí información SI (X) 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 (X) 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) (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 20 del mes de 03 del año 26.

Carlos Camilo Morcada Ramirez
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: CARLOS CAMILO MORCADA.
Tipo y número de Identificación: CC 1067003552.

DIANA MOLINA.
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: DIANA M MOLINA.
Tipo y número de Identificación: CC 1033721402.

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	UNI SIFILIS Ag.	0600K024B	2027 / 07 / 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	HIV/SYPHILIS Ab	0600K025B	2027 / 07 / 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía [illegible]

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

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: Risaralda.
1.2. Municipio: Pereira.
1.3. Localidad/comuna: Vda Matecaña.
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda Matecaña.
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hosp Hun Pereira.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Pereira
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda Matecaña.

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: 24417312.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Isabel	Cristina.	Echeverry.	

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: 1965 / 05 / 16
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 ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet Salud.

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

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

Hosp Hun.

Observaciones

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 Isabel Cristina Echeverry identificado(a) con CC No. 24412812 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 20 del mes de 03 del año 22

X Isabel Cristina Echeverry
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Isabel Cristina E.
Tipo y número de identificación: 24412812

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M
Tipo y número de identificación: CC 1045737603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2022 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígeno/anticuerpos	VIH/SIFILIS DUO	06808K003B	2023 | 07 | 06
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos	VIH/SIFILIS DUO	06808K003B	2023 | 07 | 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 ( ) Antígeno/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 Katherine Ruiz M | Firma [signature] | Cédula de ciudadanía 1045737603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

VERSIÓN 01_2021

FORM 2

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: Nariño
1.2. Municipio: Olaya
1.3. Localidad/comuna: Vda matorcoroa
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Vda matorcoroa
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Rural
1.6. Lugar de la actividad: Rural.
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Hospital Olaya.

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Nariño.
2.2. Municipio: Olaya.
2.3. Localidad/comuna: Rural
2.4. Barrio: Vda matorcoroa.

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: 1853351.

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jonatan	Camilo	Roman.	

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	3.6. Fecha de nacimiento	3.6.1 Edad en años cumplidos
○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual	1985 03 03	40.

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: Comfaoccidente.

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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Hospital Olaya.

Observaciones

SERVICIO

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 JOAQUIN EMILIO ROMAN identificado(a) con CC No. 1855334[illegible] de 0816 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un segunde 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 (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 20 del mes de 03 del año 26.

Joaquin Emilio Roman R.
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: [illegible]
Tipo y número de identificación: CC [illegible]

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	VIH SIFILIS RAPID	06ADK0M15	2026 / 09 / 20
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	VIH SIFILIS RAPID	06ADK024B	2027 / 09 / 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

[illegible] realiza la prueba | Nombre [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía 1[illegible]

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: Urbano
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Estacion de Policia
1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
1.6. Lugar de la actividad: Estacion de Policia
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE HDVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: Urbano
2.4. Barrio: Estacion de Policia

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1088537831

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jacob		Marin	Garcia

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: 1990 / 01 / 16
3.6.1 Edad en años cumplidos: 36

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: Asmet Salud

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS
○ Otros síntomas diferentes (escribe 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ● SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HDVP APIA

Observaciones

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 Jacob Marin Garcia identificado(a) con 1088537831
No. 1088537831 de _____ 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 (Y) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (0) VIH (0) 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 un 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 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 ( ) ND ( ). 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 20 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO	FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jacob Marin Garcia	Nombre y Apellido: Juliana Moncada
Tipo y número de identificación: 1088537831	Tipo y número de identificación: 1088398568

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 20

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(0) VIH	( ) Reactivo (0) No reactivo	( ) Anticuerpos ( ) Antígenos/anticuerpos	HIV/Syphilis DUO	06ADK24B	2027 | 07 | 06
(0) Sífilis	( ) Positivo (0) Negativo	( ) Anticuerpos	HIV/Syphilis DUO	06ADK24B	2027 | 07 | 06
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 Juliana M. | Firma Juliana M. | Cédula de ciudadanía 1088398568

FORM 1A. REGISTRO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión_ 01_ 2023

FORM 1A

1.1 Fecha (AAAA/MM/DD) 2026 | 03 | 24

1.2. Departamento Risaralda. 1.5. Tipo de lugar: Urbano. 1.6. Nombre del lugar: Comando Policia.

1.3. Municipio Pereira. 1.7. Nombre de la organización/ institución ESE Hsur

1.4. Barrio de la actividad Comando de Policia. 1.8. Localidad/comuna de la actividad Urbano.

Consecutivo	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Documento de identidad	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Sexo al nacer: Hombre	Sexo al nacer: Mujer	Sexo al nacer: Ninguno	Nombre EPS	Grupo poblacional	Recibió preservativos: SI	Recibió preservativos: NO	Recibió autotest: SI	Recibió autotest: NO	Cantidad de preservativos	Cantidad de autotest	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: SI	Aceptó información individual para pruebas de tamizaje: NO	Canalizado a: Servicios de salud	Canalizado a: Servicios sociales	Canalizado a: Reducción riesgos y d.	Canalizado a: Programa PrEP	Canalizado a: Otro	Canalizado a: Ninguno	Firma de quién recibe	Observaciones
1	Rubiel Antonio	Restrepo Garcia		4538205	1957 10-04	X			Salud total	Mismo.							X								Rubiel R.	
2	Ulber	Guasiuma Angola		1193380 786	2000 16-09				Pijao Salud	Indirecta.							X								Ulber G	
3	Jhon Michell	Begumea Pineda	CC	1090149 422	1991 07-09				Sanidad	Mismo.							X									
4	Luis Alonso	Serna		16233 816	1977 10-05				Asmet Salud	Mismo.							X								Alonso	
5	Jhonier David	Valencia Vidalte		1059139 472	2009 22-05				Salud total	Mismo.							X								Jhonier	
6	Ferney elieces	Vargas Marin		1061372 041	1993 28-02				Asmet salud	Mismo.							X								Ferney M	
7	Brandon	Mieto Vega		1006452 795	2003 26-04				Sanidad	Mismo.							X									
8	Leandro	Ramos Ramirez		1130 61 596	1990 18-12				Sanidad	Mismo							X									
9	Johan Stiven	Serna velez		1193147 081	2002 08-04				Sanidad	Mismo							X									
10	Mauricio	Franco Ochoa		1055932 410	1989 20-01				Sanidad	Mismo.								X								

Versión. 01. 2023

Form 1A

FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número ID formulario colectivo

Número de páginas FORM 1A.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.1. Tipo de entidad que realiza la actividad

- ◯ Organización de Base Comunitaria
- ◯ Organización no Gubernamental
- ⊗ Servicio de salud IPS/ ESE
- ◯ Secretaría de Salud
- ◯ Otra. ¿Cuál? _____

1.2. Tipo de actividad

- ◯ Encuentros de ciudadanía
- ◯ Talleres/ jornadas educativas
- ◯ Recorrido de calle
- ⊗ Jornada de Salud
- ◯ Servicios de escucha
- ◯ Grupos de apoyo
- ◯ Asesoría Psicosocial
- ◯ Seguimiento de casos
- ◯ Actividad lúdico pedagógica
- ◯ Otro ¿Cuál? _____

1.3. Fecha de la actividad 2026 | 03 | 24.

1.3.1. Duración promedio por participante HH | 20.

2. TEMAS Y DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Toma de muestra Rapida VIH - SIFILIS.
Temas abordados:
Cantidad de líderes que coordinaron el evento:
Hora de inicio y final de la actividad:
Se entregan condones individuales o por paquetes:
Qué incluye el paquete:

3. PAQUETES DE SERVICIOS ENTREGADOS (registre todos los elementos entregados en el paquete de prevención)

GRUPO CLAVE O PRIORIZADO INTERVENIDO*								
3.1. Total participantes	10.							
3.2. Número de paquetes de prevención								
3.3. Número de condones								
3.4. Número de autotest								
3.5. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud								

*HSH, TRANS, TS, HC, PPL, LESB, BISEX, JÓVENES, GESTANTES, POBL. GRAL., CONSUMO SPA, REINCORPORADOS, POB TB, POB ITS, INDÍGENAS, INMIGRANTE, OTROS (PRIORIZADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL).

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	CÓDIGO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVDAD:
Dra. Vanessa Sanchez.	1088538898.

TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD

- ◯ Fondo Mundial
- ◯ Recursos propios de la Entidad territorial
- ◯ Otros recursos de cooperación
- ◯ Otro ¿Cuál? _____
- ◯ Fondo Nacional de Estupefacientes
- ⊗ Recursos plan de intervenciones colectivas PIC

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

Número de formulario

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.

Versión_01_2023

FORM 2.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: no aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 4538205

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Rubiel	Antonio	Restrepo	Garcia

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB (X) PPL ○ ITS ○ INMIGRANTE* ○ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
○ SPA ○ GESTANTE — Fecha de la última menstruación: [illegible] ○ POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1957 | 04 | 18
3.6.1 Edad en años cumplidos: 69
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE
3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

SERVICIO

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP APIA

Observaciones

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 Rubiel Antonio Restrepo identificado(a) con CC No. 4538205 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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) presuntive(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 el prestador o me tomarán un 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) (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 24 del mes de 03 del año 2026

Rubiel A Restrepo G
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Rubiel Antonio Restrepo
Tipo y número de identificación: 4538205

Katherine Ruiz Pena
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz P
Tipo y número de identificación: 1088533603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K024B	2027 06 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 | Firma | Cédula de ciudadanía 1058533603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2021

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: no aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: Centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1193380786

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
ulley		Guasiluma	Ortegon

3.4. Caracterizacion persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB (X) 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: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2000 | 09 | 16
3.6.1 Edad en años cumplidos: 26

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Pijao Salud

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP

Observaciones:

SERVICIO

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 Ulver Guasiruma Onagama identificado(a) con CC No. 1193386786 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 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 ( ) 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 24 del mes de 03 del año 2026

Ulver Guasiruma
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Ulver Guasiruma Onagama
Tipo y número de identificación: 1193386786

Katherine Ruiz Mora
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1065653603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06ADK0248	2027 | 06 | 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06ADK0248	2027 | 06 | 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía 1065653603

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: NO APLICA
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: CENTRO
1.5. Tipo de lugar de la actividad: URBANO
1.6. Lugar de la actividad: ESTACION DE Policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: APIA
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: CENTRO

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1090149422

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
jhon	michel	benjumea	Pineda

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 — (P) POB. GENERAL ○ TB — *País de procedencia: colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1991 | 09 | 07
3.6.1 Edad en años cumplidos: 34

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanidad

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

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

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

5. No. Condones

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP

Observaciones

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 Shon Michell Benjumea Pineda identificado(a) con CC No. 1090149422 de 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 24 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Shon michel Benjumea Pineda
Tipo y número de identificación: CC 1090149422

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido Katherine Ruiz Tejada
Tipo y número de identificación: CC 1065637663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado		Tipo de prueba para detección		Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo	(X) No reactivo	( ) Anticuerpos	(X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	D6ADK024B	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo	(X) Negativo	(X) Anticuerpos		ABBOTT	D6ADK024B	2027 | 06 | 01
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo	( ) No reactivo	( ) Antígenos				AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo	( ) No reactivo	( ) Anticuerpos				AAAA | MM | DD

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 | Nombres: [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía

Versión_01_2023

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

Número de formulario

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.

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: NO APLICA
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSUP APIA

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: NO APLICA
2.4. Barrio: Centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1623316

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Luis	Alonso	Serna	

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB (X) 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: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1973 / 08 / 10
3.6.1 Edad en años cumplidos: 49

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HSUP APIA

Observaciones

SERVICIO

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 Alonso Serna identificado(a) con CC No. 16233816 de _____ 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 (A) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (A) VIH (A) 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 un segundo muestre 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) (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 24 del mes de 03 del año 2026

Alonso Serna
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Luis Alonso Serna
Tipo y número de identificación: 16233816

Katherine Ruiz Mena
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1066533663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(A) VIH	(A) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos (A) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A04K02YB	2027 A 06 M 07 D
(A) Sífilis	( ) Positivo ( ) Negativo	(A) Anticuerpos	ABBOTT	06A04K02YB	2027 A 06 M 07 D
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 y ... Firma ... Cédula de ciudadanía 1066533663

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: no aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de Policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: Ese Hsvp Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1052139432

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jhonier	David	valencia	vidalte

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB (X) 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: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 05 22
3.6.1 Edad en años cumplidos: 19

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO — 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
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) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular

Ese Hsvp Apia

Observaciones

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 Shonier David valencia identificado(a) con CC No. 1058139472 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 24 del mes de 03 del año 2026

Shonier D V V

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Shonier David valencia
Tipo y número de identificación: 1058139472

Katherine Ruiz Ramirez

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz R.
Tipo y número de identificación: 1088537663

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06ADK024B	2027 06 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06ADK024B	2027 06 09
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía [illegible]

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

Número de formulario

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: no aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1061372041

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ferney	eliecer	vargas	marin

3.4. Caracterización persona atendida

○ HSH ○ TRANS ○ PID ○ TS ○ HC ○ LESB (X) 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: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1993 / 02 / 28
3.6.1 Edad en años cumplidos: 33

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: ○ Contributivo (X) Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Asmet salud

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

6. Programa PrEP (Aplica solo para usuarios con resultado NO reactivo de VIH)
Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: ESE HSVP APIA

Observaciones:

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 Ferney Eliecer Vargas Tzcuya identificado(a) con CC No. 1061372041 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 24 del mes de 03 del año 2026

Ferney Eliecer V.
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Ferney Eliecer V.
Tipo y número de identificación: 1061372041

Katherine Ruiz Marin
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz M.
Tipo y número de identificación: 1065653603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K02YB	2027 06 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K02YB	2027 06 09
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 Cuales: ( ) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre y [illegible] Firma [illegible] Cédula de ciudadanía [illegible]

Versión 01 - 2021

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

Número de formulario

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.

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: No Aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.6. Lugar de la actividad: Estacion de Policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: No Aplica
2.4. Barrio: Centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1006452395

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Brandon		Nieto	Vega

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: | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 2003 | 04 | 26
3.6.1 Edad en años cumplidos: 23
3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO 3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE
3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanidad
3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ○ SI ○ NO

7. IPS de atención regular: Vdo HSVP

Observaciones

SERVICIO

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 Brandon Nicto Vega identificado(a) con CC No. 1006452755 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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 ( ) 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 24 del mes de 03 del año 26

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Brandon Nicto Vega
Tipo y número de identificación: 1006 452 755

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz D.
Tipo y número de identificación: 1085336603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 26 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K0248	2027 06 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K0248	2027 06 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA MM DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA MM DD

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 [illegible] | Firma [illegible] | Cédula de ciudadanía 1085336603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 2023

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: no aplica
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano
1.6. Lugar de la actividad: estacion de Policia
1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HOSP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: no aplica
2.4. Barrio: centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1130611596

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Ricardo		Ramirez	Ramirez

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 | (X) POB. GENERAL ○ TB | *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1996 12 18
3.6.1 Edad en años cumplidos: 40

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanidad

3.9. Presenta alguno de estos síntomas: ○ Tos ○ Fiebre ○ Sudoración nocturna ○ Pérdida de peso ○ Otras ITS ○ Otros síntomas diferentes (escribe cuáles) (X) No presenta síntomas

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo: (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular: HOSP HSVP

Observaciones:

SERVICIO

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 leandro ramirez L. identificado(a) con CC No. 1130611526 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 24 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: leandro ramirez ramirez
Tipo y número de identificación: CC 1130611526

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Paz M.
Tipo y número de identificación: 1088533603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	06A0K024B	ABBOTT	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	( ) Anticuerpos	06A0K024B	ABBOTT	2027 | 06 | 09
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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: [illegible] | Firma: [illegible] | Cédula de ciudadanía: [illegible]

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

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.

FORM 2

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento: Risaralda

1.2. Municipio: Apia

1.3. Localidad/comuna: no aplica

1.4. Barrio donde se realiza la actividad: centro

1.5. Tipo de lugar de la actividad: Urbano

1.6. Lugar de la actividad: Estacion de policia

1.7. Nombre de la institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda

2.2. Municipio: Apia

2.3. Localidad/comuna: no aplica

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: 1193147081

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Jovan	Steven	Serna	Velez

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: 2002 / 04 / 08

3.6.1 Edad en años cumplidos: 24

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: Sanidad

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

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ⊗ SI ○ NO

7. IPS de atención regular

ESE HSVP

Observaciones

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 Jhoan Stiven Serna Velez identificado(a) con CC No. 1193147091 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 24 del mes de 03 del año 2026

Jhoan — Katherine Ruiz Tirado

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jhoan Stiven Serna Velez
Tipo y número de identificación: 1193147091

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz T.
Tipo y número de identificación: 1066536603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A01K024B	2027 | 06 | 09
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A01K024B	2027 | 06 | 03
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Antígenos			AAAA | MM | DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA | MM | DD

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: [illegible] | Firma | Cédula de ciudadanía 1066536603

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

Número de formulario

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Versión 01 - 2023

FORM 2

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: Risaralda
1.2. Municipio: Apia
1.3. Localidad/comuna: NO APLICA
1.4. Barrio donde se realiza la actividad: Centro
1.5. Tipo de lugar de la actividad: urbano
1.6. Lugar de la actividad: ESTACION DE POLICIA
1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio: ESE HSVP Apia

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento: Risaralda
2.2. Municipio: Apia
2.3. Localidad/comuna: NO APLICA
2.4. Barrio: Centro

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento: ○ RC ○ TI (X) CC ○ PA ○ CE ○ SD ○ DNI ○ PEP ○ PPT
3.2. Número de identificación: 1055832410

3.3. Primer nombre	3.3.1. Segundo nombre	3.3.2. Primer apellido	3.3.3. Segundo apellido
Mauricio		Franco	OSORIO

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: ___ (X) POB. GENERAL ○ TB *País de procedencia: Colombia

3.5. Sexo asignado al nacer: (X) Hombre ○ Mujer ○ Intersexual
3.6. Fecha de nacimiento: 1989 | 01 | 20
3.6.1 Edad en años cumplidos: 37

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud? (X) SI ○ NO
3.7.1. ¿Encuesta SISBEN? ○ SI ○ NO (X) NO SABE

3.8. Régimen: (X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Fondo de atención en salud para PPL ○ Excepción
3.8.1. Nombre de la aseguradora: Sanidad

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

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

○ Pareja de una PVV ○ Asistió a jornada educativa (X) 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:

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo (X) SI ○ NO

7. IPS de atención regular

HSVP

Observaciones

SERVICIO

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 Mauricio Franco Osorio identificado(a) con CC No. 1055832410 de _____ 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 (X) NO acepto ( ) la realización de la prueba rápida: (X) VIH (X) 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 un 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) (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 24 del mes de 03 del año 2026

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Mauricio Franco Osorio
Tipo y número de Identificación: 1.055.832.410

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Katherine Ruiz Tr
Tipo y número de Identificación: 1058553603

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado: 2026 | 03 | 24

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
(X) VIH	( ) Reactivo (X) No reactivo	( ) Anticuerpos (X) Antígenos/anticuerpos	ABBOTT	06A0K0248	2027 / 06 / 07
(X) Sífilis	( ) Positivo (X) Negativo	(X) Anticuerpos	ABBOTT	06A0K0248	2027 / 06 / 07
( ) Hepatitis B	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD
( ) Hepatitis C	( ) Reactivo ( ) No reactivo	( ) Anticuerpos			AAAA / MM / DD

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 Cuales: ( )Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C

10. Datos de quien realiza la prueba | Nombre Katherine Ruiz Tr | Firma KRTr | Cédula de ciudadanía 1058553603

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Actividad 7

Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municiplo, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de problemáticas como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores, trastornos mentales y violencia evitable, entre otros.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Fortalecimiento de Redes
FECHA	Dia 01 -Mes -04 Año- 2026 Vereda Mata de Caña
ACTIVIDAD	Desarrollar de capacidades individuales y grupales, promoviendo el autocuidado, la autoestima y la interacción social entre la comunidad , contribuyendo al afrontamiento de problemáticas como aislamiento, vulnerabilidad emocional.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Nancy Liliana Puerta
CODIGO CUPS	I30202

OBJETIVO:

Fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, mediante el desarrollo de capacidades de sus miembros para el afrontamiento de problemáticas como consumo de SPA, prevención del suicidio, cuidado de cuidadores, trastornos mentales y violencia evitable, entre otros.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

"El fortalecimiento de Redes tiene como objetivo común resolver problemas de la vida diaria tales como: cuidado de la familia, crisis en los diferentes momentos del curso de vida... ayuda en caso de emergencias, como soporte emocional, etc. O de generar alternativas de cambio y desarrollo a través de proyectos comunes que movilicen las comunidades hacia el mejoramiento de su salud y calidad de vida". (Ministerio de Salud y Protección Social). Con el objetivo de fortalecer las redes sociales y comunitarias en salud mental del municipio, se realizó una actividad en la vereda Mata de caña, orientada al desarrollo de capacidades individuales y grupales para el afrontamiento de problemáticas relacionadas con bienestar mental y social. La actividad incluyó un ejercicio de autoreconocimiento, en el que cada participante se dibujó dentro de un portarretrato e identificó al menos dos cualidades personales, promoviendo la autoaceptación, la valoración de fortalezas y el reconocimiento de sus recursos internos.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Asimismo, se implementó un ejercicio para fortalecer la capacidad motora, la atención y la memoria, contribuyendo al mantenimiento cognitivo y a la participación activa en dinámicas grupales, favoreciendo el desarrollo de redes de apoyo, interacción social y factores protectores frente a problemas como aislamiento, vulnerabilidad emocional y riesgo de afectación en la salud mental.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

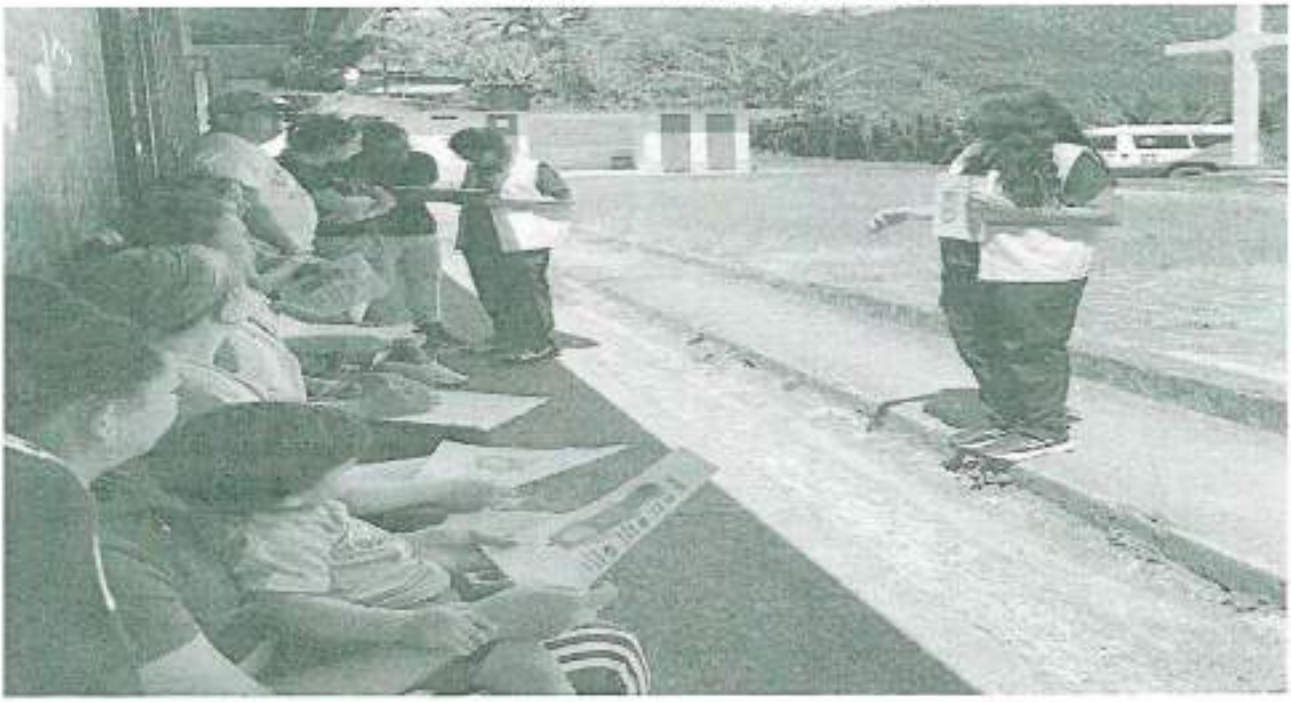
OBSERVACIONES:_____Ninguna_____

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIEN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Fortalecimiento de Redes
01-abril -2026 Vereda Mata de Caña





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Actividad: Promoción autocuidado, autoestima e interacción social

Población objeto: Población en General

Fecha: Día 01 Mes Abril Año 2026.

Duración: 1 HORA CODIGO CUPS: 130202

Responsable de la Actividad: Claudia Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsertado accion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	* - - - o		SI	NO
1	Azucena Moncada	24413787	Vda Mata de Caña	3025461459					X			X			X														Azucena Moncada M.	X	
2	Erika Quintero	1088538058	Vda Mata de Caña	3214139044					X			X			X														Erika Q	X	
3	yeancelis pamplona	1088538344	vda mata de caña	3214139044					X			X			X															X	
4	Cesar Fernando Vera	1088536386	Vda Mata de Caña	3148337489					X			X			X															X	
5	Diana Marcela H	25248197	Vda Mata de caña	3195520494					X			X		X			X													Diana M Haín	X	
6	Jhon A Ioane.	24413474	Vda Mata de Caña	3194032848				X				X			X															Johan Andres Gil	X	
7	Dilam Malina -	1099546616	Vda Mata de Caña	1088337898				X				X		X																Gloria Inés Moncada	X	
8	Nelly Edilma Ocampo	24413536	Vda Mata de Caña	3122562490					X			X			X															DILAM MARTINEZ	X	
9	Diana Patricia Osorio	25.249107	Vda Mata de Caña	3148616475					X			X		X																-Edilma O.P.	X	
10	Mª Cielo Rojas R.	24528.077	Vda Mata de Caña	3122384891					X			X			X																X	
11	Isabel Cristina Zuleta	1088720691	Vda Mata de Caña	3235949583			X					X			X															Isabel Zuleta	X	
12	Jonathan L. Peláez	1057758736	Vda Mata de Caña	3133431510			X					X				X														Jonathan Leandro Peláez	X	
13	Dilam Martinez -	1099.546616	Vda Mata de Caña	3106737818					X			X			X															Dilam martinez	X	

Actividad 8

Fortalecer los centros de escucha para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Centro Escucha. Adolescentes Vereda Guarne
FECHA	Día: 06 Mes: 03 Año: 2026
ACTIVIDAD	Realización de proyecto de vida y sensibilización sobre alumnos que presenten vulnerabilidad, así mismo, dar a conocer factores protectores para prevenir problemáticas psicosociales en la comunidad educativa.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Profesor Duvan Londoño
CODIGO CUPS	I30101

OBJETIVO:
Fortalecer los centros de escucha, para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
El objetivo de esta actividad grupal es "*establecer servicios de acogida, escucha activa y acompañamiento, formar grupos de apoyo o ayuda mutua brindando educación a los miembros de una comunidad con el propósito de reducir problemáticas psicosociales y mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, así mismo, prevenir situaciones de vulnerabilidad*". "*Ministerio de Salud y Protección Social*". Se realiza una actividad grupal con los alumnos de la IE de la vereda Guarne se da inicio con una dinámica rompe hielo que invita a los alumnos a presentarse a través de una breve actuación o imitación. Con el ánimo de romper la tensión inicial y crear un ambiente más relajado y divertido. Posterior a esto, se realiza una actividad que permita dar a conocer cómo realizar un proyecto de vida en función a sus actitudes, habilidades y competencias en armonía con objetivos y expectativas de vida. En la actividad grupal se fomenta acogida de escucha activa y acompañamiento, también se brinda educación a los alumnos frente a la importancia de crear redes de apoyo, donde puedan identificar compañeros que presenten situaciones de vulnerabilidad (consumo de SPA, problemas

mentales, situaciones conflictivas familiares) así mismo, que ellos sean actores dentro de la IE, que cuenten con herramientas que permitan brindar acompañamiento a sus pares y/o realicen la respectiva remisión, fortaleciendo lazos sociales y compromiso con la acción desde el amor, la empatía y diálogo asertivo recurrente cómo factores protectores que previenen a futuro que alguna persona cercana se encuentre inmersa en las diferentes problemáticas psicosociales.

ANEXOS:

Fotográfica	x
Registro de asistencia	x
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: x

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Duvan Londoño

QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Actividad: Proyecto de Vida y fortalecimiento de factores Protectores

Fecha: Dia 06 Mes Marzo Año 2026.

Duración: 2horas CODIGO CUPS: 130707

Poblacion objeto: Adolescentes

Responsable de la Actividad: Claudia Jaena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC [ ] PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES [ ] CONFORMACIÓN REDES [ ] ZOE - CENTRO ESCUCHA [X] INFORMACIÓN EN SALUD [ ]

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD [ ] TRABAJADORES INFORMALES [ ] CANALIZACIÓN [ ] CARACTERIZACIÓN [ ] JORNADA DE SALUD [ ]

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				SEXO		CARACTERIZACIONDE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsertado	Discapacidad	A	I	R	D	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - I - O		SI	NO
1	Shirly Manuela Montaño	1087493346	vda Guaine	3042352433			X				X				X									X		X			Shirly MA	X	
2	Cristian Andres Delgado	1088538714	vda Guaine	3012456584			X				X					X								X		X			Cristian Delgado	X	
3	Janery Daniela Orozco	1093180935	vda Guaine	3127172655			X				X				X									X		X			Janery Osorio	X	
4	Yerman David Osorio L.	1088175911	vda Guaine	3003954138			X				X					X								X		X			YermAn Osorio	X	
5	Bryan Esteban Agudelo	1142547285	vda Guaine	3116578751			X				X					X								X		X			Brian Esteban A	X	
6	Emanuel Grajales Gutierrez	1061371193	vda Guaine	3103137958			X				X					X								X		X			Emanuel Grajales	X	
7	Keiner Montoya Agudelo	1088669880	vda Guaine	3147137958			X				X					X								X		X			Keiner Montoya	X	
8	Dana Valentina Pineda	1086669814	vda Guaine	3147205097			X				X				X									X		X			Dana Pineda	X	
9	Kevin Alejandro Agudelo	1086694833	vda Guaine	3176878761			X				X					X								X		X			Keiner Montoya A	X	
10	Daniel Enrique Bonilla	1114156481	vda Guaine	3011633497			X				X					X								X		X			Daniel Enrique B	X	
11	Jherson osorio Ramos	1077352258	vda Guaine	3106004241			X				X					X								X		X			Jherson osorio	X	
12	Nicol osorio Ramos	1087234856	vda Guaine	3128066577			X				X				X									X		X			Nicol Osorio R	X	
13	Joel Camilo Agudelo	1142516820	vda Guaine	3128578211			X				X					X								X		X			Joel Camilo Agud	X	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Centro Escucha

06-marzo -2026 Vereda Guarne.





	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Centro Escucha. Adolescentes IE La Floresta
FECHA	Día: 07 Mes: 04 Año: 2026
ACTIVIDAD	Realización de proyecto de vida y sensibilización sobre alumnos que presenten vulnerabilidad, así mismo, dar a conocer factores protectores para prevenir problemáticas psicosociales en la comunidad educativa.
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Docente Orientadora Esperanza Ramirez
CODIGO CUPS	I30101

OBJETIVO:
Fortalecer los centros de escucha, para cuidadores y personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, mediante talleres dirigidos a la comunidad.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:
El objetivo de esta actividad grupal es "*establecer servicios de acogida, escucha activa y acompañamiento, formar grupos de apoyo o ayuda mutua brindando educación a los miembros de una comunidad con el propósito de reducir problemáticas psicosociales y mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, así mismo, prevenir situaciones de vulnerabilidad*". "*Ministerio de Salud y Protección Social*". Se realiza una actividad grupal con los alumnos de la IE de la vereda La Floresta se da inicio con una dinámica rompe hielo que invita a los alumnos a presentarse a través de una breve actuación o imitación. Con el ánimo de romper la tensión inicial y crear un ambiente más relajado y divertido. Posterior a esto, se realiza una actividad que permita dar a conocer cómo realizar un proyecto de vida en función a sus actitudes, habilidades y competencias en armonía con objetivos y expectativas de vida. En la actividad grupal se fomenta acogida de escucha activa y acompañamiento, también se brinda educación a los alumnos frente a la importancia de crear redes de apoyo, donde puedan identificar compañeros que presenten situaciones de vulnerabilidad (consumo de SPA, problemas

mentales, situaciones conflictivas familiares) así mismo, que ellos sean actores dentro de la IE, que cuenten con herramientas que permitan brindar acompañamiento a sus pares y/o realicen la respectiva remisión, fortaleciendo lazos sociales y compromiso con la acción desde el amor, la empatía y diálogo asertivo recurrente cómo factores protectores que previenen a futuro que alguna persona cercana se encuentre inmersa en las diferentes problemáticas psicosociales.

ANEXOS:

Fotográfica	x
Registro de asistencia	x
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: x

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

QUIEN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Centro Escucha
07-abril -2026 Vereda La Floresta





REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.322-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACIÓN
REGISTRO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital "San Vicente de Paúl"

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Actividad: Realización Proyecto de vida.

Población objeto: Adolescentes

Fecha: Día 07 Mes April Año 2026.

Duración: 2 horas Código CUPS: 130109

Responsable de la Actividad: Claudia I. Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☒ INFORMACIÓN RIA 961,003 ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ETNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	M	F	Madre Cabeza Hogar	Victima del desplazamiento	Rrom Unidos	Familias en extrema	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	O		SI	NO
1	Darwin Sebastian A	1090337888	San Agustin	312 8148302			X									X								X		X			DARWIN	Y	
2	Juan Marco Flamey	1094490797	La Hagüna	3218927994			X									X								X		X			Juan marco	Y	
3	Thajan Ramirez M.	1087559583	San Andres	3004066596	X											X								X		X			Thajan Ramirez	X	
4	Isabela Suaza O	1088538209	San Andres	315 867263			X								X									X		X			Isabela Suaza	X	
5	Mariana Molina O	1089625169	San Andres	3105467254	X										X									X		X			Mariana molina	X	
6	Melanie Grajales	1086688012	San Andres	3105374431	X										X									X		X			Melanie	X	
7	Mariany Contreras	9940605	La linda	3136106603			X								X									X		X			mariany P. C	X	
8	Dayana Lucia Gonzalez	1065720934	San Andres	3215946272			X								X									X		X			DAYNA LUCIA	X	
9	Valentina Salnas	1090149812	La Sombra	3215996247			X								X									X		X			Valentina	X	
10	Karen S. Perez M	1087325419	La Floresta	3207205709			X								X									X		X			Karen M.	X	
11	Juan Pablo R.	1094463019	La Floresta	3130190181			X								X									X		X			Juan Pablo R.	X	
12	Antonella Valencia M	1085837763	La Floresta	3213498202			X								X									X		X			Antonella V	X	
13	Salome Estrada R.	1088604119	Guayabo	3146962030			X								X									X		X			Salome E.	X	

Actividad 9

Aplicar pruebas para detecciónón de consumo de sustancias psicoactivas en poblaciónón con sospecha de patrones de consumo problemaático o riesgo en salud mental, mediante tamizajes (AUDIT, ASSIST, SRQ, RQC). El propósito es identificar poblaciónón en riesgo y canalizarla a los servicios de salud, activando las rutas de atenciónón integral en salud mental según el nivel de riesgo.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Día del 09 al 16 Mes MARZO Año 2026

Actividad: Aplicación de Pruebas de Tamizaje.

Duración: 1 mes CODIGO CUPS: I20302 – I20303

Poblacion objeto: Población en General

Responsable de la Actividad: Claudia J. Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	M	F	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinserción	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - I - O		SI	NO
1	Daniela Rendón V.	1235140740	Cll 5 # 12-10	3104398368				X				X			X									X		X			Daniela Rendón	X	
2	Gloria Inés Ramón	25.296.780	vda San Andrés	3046651289								X			X									X		X			Gloria Ramón	X	
3	Aracelly Gallego	24.911.646	Cll 12 # 7-55	3133377716						X		X			X									X		X			Aracelly Gallego	X	
4	William A Franco	1004.565.628	B. San Daniel	3136080315					X			X				X								X		X			William A. Franco	X	
5	Raquel Moncada	24.111.730	vda El Manzano	3125429119						X		X			X									X		X			Raquel Moncada	X	
6	Deisy B. Arboleda	1037265177	vda San Andrés	3206934933					X			X			X									X		X			Deysi Bibiana A.	X	
7	Sandra M. Zuluaga	39967571	vda La Sombra	3137824873					X		X				X									X		X			Sandra M. Zuluaga	X	
8	Lucidey Vargas R.	42.137.455	vda la X	3105235225					X		X				X									X		X			LUCIDEY	X	
9	Luis Diego Cardona	9982.309	vda Alto Manzanillo	3106906721					X		X					X								X		X			Diego Cardona	X	
10	Mario A. Ruiz R.	1004.683.976	vda Alto Manzanillo	No tiene				X			X					X								X		X			Mario Alejandro R	X	
11	Manuel S. Gomez E	9994.257	vda Valladolid	3125324965					X		X					X								X		X			manuel gomez.	X	
12	Olga Liliana Tobón Q	1005.024.076	vda San Andrés	3147394103					X		X				X									X			X		Olga Liliana	X	
13	Luis Fernando Acevedo	18.530.388	vda La Manga	3104463017					X			X				X								X	X					X	

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Daniela	Apellidos: Rendón Velásquez	
Documento No: 1235140.790	Edad: 26 años	Sexo: F X M
Escolaridad: Bachiller	EAPB: Nueva EPS	Teléfono: 3104398868
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancies* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	(3)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	(3)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	(3)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	(3)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	(0)	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Vallum/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	(0)	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	3
j. Otras - especifique:	(0)	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	(2)	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	(6)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	(0)	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	(0)	2	3	4	6
Si la respuesta es **"Nunca"** a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	(6)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	(0)	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	(0)	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	(7)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	(0)	4	5	6	7

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	(0)	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	(0)	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	(7)	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	(0)	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	(0)	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	(0)	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	(0)	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	(0)	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	(6)	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	(0)	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	(6)	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	(0)	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3e + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

+40

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Ivonne Castaño Profesión: Psicologa

Firma: Claudia

Fecha: 04-Marzo-2016

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL:	Claudia L. Castaño		PROFESIÓN:	Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Daniela		APELLIDOS: Rendon Velazquez		
TIPO ID CC	Nº ID 1.235.140.710		EDAD: 26 años.		
TELEFONO: 3104398308		DIRECCIÓN Cll 5-#12-10		BARRIO Zona Urbana.	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las Instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 04 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Daniela Rendón
Firma del usuario

Identificación: 1235140710

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía, Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: APIA	Fecha: 05-03-2026
Nombres y Apellidos: Gloria Ines Roman Palacio		EAPB: ASMET
Documento de ID. 25246980	Edad:	Teléfono: 3046651289

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "X" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	X	
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I. Castaño		PROFESIÓN: Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Gloria Ines	APELLIDOS: Roman Palacio	
TIPO ID: CC	Nº ID: 25246780	EDAD:	
TELEFONO: 3046651289	DIRECCIÓN	BARRIO	
OCUPACIÓN: Ama de casa	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Gloria I. Roman
Firma del usuario

Identificación: 25.246.780

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento:	Risaralda	Municipio:	Apía	Fecha:	06-03-2026
Nombres y Apellidos:	Aracelly	Gallego		EAPB:	Nueva EPS
Documento de ID:	24411·646	Edad:	69 años	Teléfono:	3113779716.

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Castaño			PROFESIÓN: Psicóloga		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Anacelly		APELLIDOS: Gallego		
TIPO ID CC	Nº ID 24.411.646		EDAD: 67 años		
TELEFONO: 3113379916	DIRECCIÓN Cll 12-#7-55		BARRIO los Patios		
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS:				
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 05 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Anacelly Gallego
Firma del usuario

Identificación: 24411646

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 06-Marzo-2026
Nombres y Apellidos: William Alexander Franco Granada		EAPB: Salud total
Documento de ID: 1004565618	Edad: 35 años	Teléfono: 3136080315

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia L. Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: William A		APELLIDOS: Franco Granada		
TIPO ID CC	Nº ID 1004565628		EDAD: 35 años		
TELEFONO: 3136080315		DIRECCIÓN Zona Urbana		BARRIO B. San Daniel	
OCUPACIÓN: Desempleado		NIVEL DE ESTUDIOS: Grado 7°			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

William Alexander Franco
Firma del usuario

Identificación: 1.004 565.628.

_____
Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 06-03-2026
Nombres y Apellidos: Raquel Mancada de Osorio		EAPB: Nueva EPS
Documento de ID: 24911730	Edad: 69	Teléfono: 3225429117

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia L Casano

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Raquel		APELLIDOS: Moncada		
TIPO ID CC	Nº ID 24911730		EDAD: 69		
TELEFONO: 3225429119		DIRECCIÓN: Vda manzano		BARRIO: Bna Piral	
OCUPACIÓN: Ama De Casa		NIVEL DE ESTUDIOS:			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** APIA.

Raquel Moncada
Firma del usuario

Identificación: 24·411·730

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital 24
San Vicente de Paúl
Ayudar Ricardo

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: ARA	Fecha: 06-03-2026
Nombres y Apellidos: DEYSI BIBIANA Arboleda		EAPB: Salud total
Documento de ID: 1037265177	Edad: 36	Teléfono: 3206934433

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia L Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño		PROFESIÓN: Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: DEPSI BIBIANA	APELLIDOS: Arboleda Rosso	
TIPO ID CC	Nº ID 1039265177	EDAD: 36	
TELEFONO: 3206934433	DIRECCIÓN Vda San Andres	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÒN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 06 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el** Municipio de APIA

Depsi Bibiana A.
Firma del usuario

Identificación: 1039265177

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 07-03-2026
Nombres y Apellidos: Sandra Milena Zuluaga castrillon		EAPB: Nueva EPS
Documento de ID: 33967571	Edad: 40	Teléfono: 3137824873

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia L Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	X	
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	X	
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño			PROFESIÓN: Psicóloga		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Sandra Milena		APELLIDOS: Zuluaga Castrillon		
TIPO ID C C	N° ID 33967571		EDAD:		
TELEFONO: 3137529473		DIRECCIÓN Vda la Sandra		BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 09 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Sandra M. Zuluaga
Firma del usuario

Identificación: 33-967-571

xSandra Milena
Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 07-03-2016
Nombres y Apellidos: Lucidey Vargas Restrepo		EAPB: Salud total
Documento de ID: 42137455	Edad: 45 años	Teléfono: 3205235225
Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.		
La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.		
Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia L Castaño		

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 07 **del mes** 03 **del año** 2016 **en el Municipio de** Apia

Lucidey
Firma del usuario

Identificación: 42.137.455

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Luis Diego	Apellidos: Cardona Bedoya	
Documento No: 9992304	Edad: 59.	Sexo: F M
Escolaridad: 9992304.	EAPB: Nueva EPS	Teléfono: no tiene.
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Vallum/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital "El San Vicente de Paúl

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6
Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses,</u> ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	0	5	6	X	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	0	5	6	X	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	X	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	X	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin Intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Ivana Castaño Profesión: Psicología

Firma:

Fecha: 10 - marzo - 2026

E.S.E Hospital
San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Psicologa		PROFESIÓN: Cuarto Cesación	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Luis Diego	APELLIDOS: Cardona Bedoya	
TIPO ID CC	Nº ID 9992304	EDAD: 59 años	
TELEFONO: 3106406731	DIRECCIÓN: alto manzanillo	BARRIO: Zona Rural	
OCUPACIÓN: Agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estara custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 10 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Diego Cardona
Firma del usuario

Identificación: 9992304

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Mario Nelando	Apellidos: Ruiz L	
Documento No: 1099683976	Edad: 23	Sexo: F M
Escolaridad: Primaria	EAPB: Nueva EPS	Teléfono: No tiene
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	~~6~~
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	~~6~~
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6
Si la respuesta es **"Nunca"** a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	~~6~~
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	~~6~~
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más Intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Lorena Castaño Profesión: Psicóloga

Firma:

Fecha: 12-03-2026

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño		PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Mario Alejandro	APELLIDOS: Ruiz Ramirez	
TIPO ID CC	Nº ID 1099683976	EDAD: 28	
TELEFONO: no tiene	DIRECCION: Palo mantonillo	BARRIO: Vda Zona Rural	
OCUPACIÓN: agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 12 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Mario Alejandro Ruiz R
Firma del usuario

Identificación: 1099683976

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Manuel	Apellidos: Gómez Echeverry	
Documento No: 9994257	Edad: 52	Sexo: F M
Escolaridad: 5º primaria	EAPB: Asmet salud	Teléfono: 3125329468
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	X3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	X3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

durante los últimos tres meses

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apia Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto	
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+	06
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+	06
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+	
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+	
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+	
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+	
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+	
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+	
I. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+	
I. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+	

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Lorena Castaño Profesión: Psicóloga

Firma: Claudia.

Fecha: 12-03-2020

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Castaño		PROFESIÓN: Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Manuel Salvador	APELLIDOS: Gomez Echeverry	
TIPO ID CC	Nº ID 909.4257	EDAD: 52 años	
TELEFONO: 3125329468	DIRECCIÓN Valle vallador:	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 12 **del mes** 03 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

manuel Jaime E.
Firma del usuario

Identificación: _____

_____
Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: APIA	Fecha: 16-03-2026	
Nombres y Apellidos: Olga Liliana Tobon Quiroz		EAPB: Asmet Salud	
Documento de ID: 1005021026	Edad: 46	Teléfono: 3242841031	

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	X	
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

Identificación: 1005021026 **Identificación:** _____

20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 01 - Abril - 2026
Nombres y Apellidos: Lor Adriana Sanin Cardona		EAPB: Confenalco
Documento de ID: 1088.536.052	Edad: 34 años	Teléfono: 3116724623

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Jovana Castaño Ceballos

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Lorena Cadavid			PROFESIÓN: Psicóloga		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Yuri Adriana		APELLIDOS: Serna Cardona		
TIPO ID CC	Nº ID 1088536082		EDAD: Cartagena		
TELEFONO: 3116924623		DIRECCIÓN Cll 5 #10-39		BARRIO Bonavista.	
OCUPACIÓN: Comerciante.		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 09 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apía

Yuri Adriana Serna C

Firma del usuario

Identificación: 1.088.536.082

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 07-Abril-2026
Nombres y Apellidos: Yashan Camilo Hernandez Salazar		EAPB: Comfamiliar
Documento de ID: 1088684234	Edad: 26 años	Teléfono: 3043049178

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "sí", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?	X	
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Lorena Castaño			PROFESIÓN: Psicóloga		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Cristian Camilo		APELLIDOS: Hernandez Salazar		
TIPO ID C.C	Nº ID 1088539234		EDAD: 26 años		
TELEFONO: 3043048173		DIRECCIÓN El Crucero		BARRIO Nueva Vivana -	
OCUPACIÓN: Conductor		NIVEL DE ESTUDIOS: 11-			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Cristian Camilo H.S

Firma del usuario

Identificación: 1088539234

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 01-Abril-2026
Nombres y Apellidos: Maria Yadira Cardenas Ramirez		EAPB: Comfenalco
Documento de ID: 66·871·229	Edad: 52. años	Teléfono: 3137133314

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño Ceballos.

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?	X	
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Lucia Castaño		PROFESIÓN: Psicologo	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Maria Idalba	APELLIDOS: Cardenas Ramirez	
TIPO ID CC	Nº ID 66-871-229	EDAD: 62 años	
TELEFONO: 3139133314	DIRECCIÓN Vda Jordania	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS: 5 Primaria		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

María Idalba Cardenas

Firma del usuario

Identificación: 66871229

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda.	Municipio: Apía.	Fecha: 07-Abril-2026
Nombres y Apellidos: Yasmith Bonilla Tovar		EAPB: Comfenalco.
Documento de ID: 65706328.	Edad: 46 AÑOS	Teléfono: 3135459749.

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?	X	
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?	X	
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16	¿Siente que usted es una persona inútil?	X	
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño			PROFESIÓN: Psicología		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Yasmith		APELLIDOS: Bonilla Tovar		
TIPO ID C.C	N° ID 65.706.328		EDAD: 46 años		
TELEFONO: 3135459749		DIRECCIÓN La Mana		BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS: 2° Primaria			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Yasmith Bonilla
Firma del usuario

Identificación: 65706328

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apía	Fecha: 01- Abril-2026
Nombres y Apellidos: Natalia Salas Botero		EAPB: Asmet Salud
Documento de ID: 1088539266	Edad: 26 años	Teléfono: 3105374427

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño Cabadillos

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		x
2	¿Tiene mal apetito?		x
3	¿Duerme mal?	x	
4	¿Se asusta con facilidad?		x
5	¿Sufre de temblor de manos?		x
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		x
7	¿Sufre de mala digestión?		x
8	¿No puede pensar con claridad?		x
9	¿Se siente triste?		x
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		x
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		x
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		x
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		x
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		x
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		x
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		x
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		x
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		x
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		x
20	¿Se cansa con facilidad?		x
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		x
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		x
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		x
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		x
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		x
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		x
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		x

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Castaño		PROFESIÓN: Psicología	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Natalia	APELLIDOS: Salas Botero	
TIPO ID C.C.	Nº ID 1088-539266	EDAD:	
TELEFONO: 3105379127	DIRECCIÓN La Mana	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Ama de casa	NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apía

Natalia Salas Botero
Firma del usuario

Identificación: 1088539266

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Nerces de Jesús	Apellidos: Echeverry.	
Documento No: 4.422.596	Edad: 65 años	Sexo: F M X.
Escolaridad: Primaria.	EAPB: Confenalco	Teléfono: 3167002063.
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	③
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	③
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	③
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	⓪	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	⓪	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	⓪	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	⓪	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	⓪	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	⓪	3
j. Otras - especifique:	⓪	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	(5)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	(3)	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	(0)	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	(0)	2	3	4	6
Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	(6)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	(0)	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	(0)	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	(6)	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	(0)	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	(0)	4	5	6	7

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	0	5	(6)	7	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	(0)	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	(0)	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	(0)	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	(0)	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	(0)	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	(0)	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	(0)	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustencias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunte 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	(6)	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	(6)	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	(0)	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	(0)	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	(0)	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	(0)	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	(0)	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	(0)	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	(0)	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	(0)	6	3
j. Otras - especifique:	(0)	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	(0)	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la **a,** a la **j.**) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

36

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Lorena Cano C. Profesión: Psicóloga

Firma: [signature]

Fecha: 01-Abril-2026

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia-Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I. Castaño		**PROFESIÓN:** Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Narces de Jesús	APELLIDOS: Echeverry	
TIPO ID C.C.	Nº ID 4.422.596	EDAD: 65 años	
TELEFONO: 3167002063	DIRECCIÓN Vda Guarne	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: Agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el dia 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Narces de Jesús Echeverry
Firma del usuario

Identificación: 4.422.596

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Jose manuel	Apellidos: Galeano García	
Documento No: 94193513	Edad: 46	Sexo: F M
Escolaridad: Primaria	EAPB: Nueva EPS	Teléfono: 3225022764
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6
Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.** Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	4	5	6	7	
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	4	5	6	7	
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	4	5	6	7	
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	4	5	6	7	
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	4	5	6	7	
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	4	5	6	7	
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	4	5	6	7	
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	4	5	6	7	
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	4	5	6	7	
j. Otras - especifique:	4	5	6	7	

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,		5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,		5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,		5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas		5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanex, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,		5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina		5	6	7	8
j. Otras - especifique:		5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0		3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0		3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)		6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras		6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)		6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,		6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)		6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		6	3
j. Otras - especifique:		6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)		2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia Lorena Castaño Profesión: Psicóloga

Firma:

Fecha: 01-04-2026

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia Lorena Castaño		PROFESIÓN: Psicóloga	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Jose Manuel	APELLIDOS: Galeano Garcia	
TIPO ID	Nº ID 94193513	EDAD: 46	
TELEFONO: 3223027764	DIRECCIÓN Asgasma	BARRIO Zona Urbana	
OCUPACIÓN: Obrero	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 07 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Firma del usuario

Identificación: 94193515

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 01 - Abril - 2026	
Nombres y Apellidos: Ana Milena Gaviria		EAPB: Nueva EPS	
Documento de ID: 1089536706	Edad: 37 años	Teléfono: 3146058913	

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	X	
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia J. Castaño			PROFESIÓN: Psicología		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Ana Milena		APELLIDOS: Garces Echeverry		
TIPO ID CC	Nº ID 1088556706		EDAD: 37 años		
TELEFONO: 3146058913		DIRECCIÓN Bamba		BARRIO Zona Urbana	
OCUPACIÓN:		NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 09 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apía

Ana Mena

Firma del usuario

Identificación: 1088556706

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 01 - Abril - 2026
Nombres y Apellidos: Flor Elisa Vasquez Molina		EAPB: S.O.S
Documento de ID: 29814194	Edad: 60 años	Teléfono: 3148032013

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?	X	
4	¿Se asusta con facilidad?	X	
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	X	
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?	X	
9	¿Se siente triste?	X	
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	X	
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	X	
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	X	
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	X	X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L. Castaño		PROFESIÓN: Psicología	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Flor Elisa	APELLIDOS: Vasquez Molina	
TIPO ID CC / Nº ID 29811194		EDAD: 60 años	
TELEFONO: 3149032013	DIRECCIÓN Cra 8 # 5-25	BARRIO Zona Urbana	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 01 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Firma del usuario

Identificación: 29811194

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: APIA	Fecha: 07 - Abril 2020
Nombres y Apellidos: Flor angela RIOS		EAPB: NUEVA EPS
Documento de ID: 52377246	Edad: 50	Teléfono: 3140324013

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Lorena Cano

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oir?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño			PROFESIÓN: Psicologa		
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Florangela		APELLIDOS: Rios quintero		
TIPO ID CC	Nº ID 52377246		EDAD: 50		
TELEFONO: 3140324013		DIRECCIÓN		BARRIO Calle Haterano	
OCUPACIÓN: Ama de Casa		NIVEL DE ESTUDIOS:			
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL					

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 07 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Flor Angela R
Firma del usuario

Identificación: 52377246

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia.	Fecha: 07 - Abril - 2026
Nombres y Apellidos: Ana Cecilia Galeano Montoya		EAPB: Salud Total.
Documento de ID: 24490639	Edad: 75	Teléfono: 3205922266

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Ivona Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una"x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		X
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I. Castaño		PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Ana Cecilia	APELLIDOS: Galeano Montoya.	
TIPO ID CC	Nº ID 24.410.637.	EDAD: 75	
TELEFONO: 3205922066	DIRECCIÓN Cll 11 # 5-13	BARRIO Santa Ines	
OCUPACIÓN: Ama de Casa	NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria.		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 07 **del mes** 01 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Ana Cecilia Galeano M
Firma del usuario

Identificación: 24410637

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

Departamento: Risaralda	Municipio: Apia	Fecha: 04 - 01 - 2016
Nombres y Apellidos: Luisa Lucelo Lucelo.		EAPB: Asmet Salud.
Documento de ID: 24.911.665.	Edad: 78.	Teléfono: 3113108825.

Objetivo: Realizar prueba de tamizaje SRQ a los pacientes, para identificar factores de riesgo de salud mental.

La prueba SRQ será evaluada por un profesional en psicología con el fin de determinar las intervenciones que se requieran de forma individual. Por lo anterior, le solicitamos responder a conciencia, con el fin de permitirnos intervenir de forma adecuada si llegamos a identificar riesgos para prevenir la afectación sobre su salud mental. La información que usted responda será tratada de carácter confidencial y tendrá fines asociadas a actividades para prevenir factores de riesgo que afecten la salud mental de nuestros usuarios.

Responsable del diligenciamiento en la institución: Claudia Jenena Castaño

A continuación, encontrará una lista de molestias que usted puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una "x" en la casilla correspondiente a "si", de lo contrario marque una "x" en la casilla correspondiente a "no".

	SINTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		X
2	¿Tiene mal apetito?		X
3	¿Duerme mal?		X
4	¿Se asusta con facilidad?		X
5	¿Sufre de temblor de manos?		X
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		X
7	¿Sufre de mala digestión?		X
8	¿No puede pensar con claridad?		X
9	¿Se siente triste?		X
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		X
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		X
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		X
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		X
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		X
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		X
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		X
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		X
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		X
20	¿Se cansa con facilidad?		X
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		X
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	X	
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		X
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		X
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		X
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		X
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		X

29

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda

28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		X
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		X
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		X

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia I Castaño		PROFESIÓN: Psicologa	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Luisa	APELLIDOS: Laredo Laredo	
TIPO ID CC	Nº ID 24.411.665.	EDAD: 35	
TELEFONO: 3113110950	DIRECCIÓN #3-37.	BARRIO San Vicente.	
OCUPACIÓN: Ama de Casa.	NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria.		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 04 **del mes** 04 **del año** 2020 **en el Municipio de** Apia

Luisa Laredo
Firma del usuario

Identificación: 24411665

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

TAMIJAZE ASSIST E INTERVENCION BREVE
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.1)

Nombres: Fernando	Apellidos: Haros Pura	
Documento No: 6481731	Edad: 64	Sexo: F M
Escolaridad: Primaria	EAPB: Salud total	Teléfono: 3135359806
Institución Educativa		

INTRODUCCIÓN (Léal e al usuario o adapte a las circunstancias locales)

Gracias por aceptar esta breve entrevista, *Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias* ***a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.***

Puede estar seguro(a) que la información que me brinde será tratada con absoluta confidencialidad.

(muestre la tarjeta de respuestas).

Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

Algunas de las sustancias pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas ***que han sido formuladas*** *por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por* ***otros*** *motivos que los recetados, o las ha tomado con más frecuencia o en dosis más altas que las recomendadas por su médico, dígamelo por favor.*

ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo lasque consumió sin formula médica)	**NO**	**SI**
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes para pintura, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Vallum/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"	Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 2: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, para pintura etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "**Nunca**" a todas las secciones de la pregunta 2, **pase a la pregunta 6.**
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA3: En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA4: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (primera droga, segunda droga, etc) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

PREGUNTA 5: EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted, por el consumo de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NUNCA	A 1 O 2 VECES	CADA MES	CADA SEMANA	A DIARIO O CASI A DIARIO
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar,	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados,	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis,	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes de pinturas	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP,	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina,	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en le Pregunta 1)

PREGUNTA 6: ¿un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, ¿etc)?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA7: ¿ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, ¿etc) y no lo ha logrado?	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam,	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8: ¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DROGA POR VÍA INYECTADA? (solo las que consumió sin formula médica)	NO NUNCA	SI, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESE	SI, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
(Marque la casilla correspondiente)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE: A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

HABITO DE INYECTARSE	LINEAMIENTO DE INTERVENCION
Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos	Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección
Mas de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses	Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Apía Risaralda

CóMO CALCULAR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la **a**, a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c. Observe que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIóN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIóN ESPECÍFICA PARA CA DA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención Nivel riesgo Bajo	Intervención Breve Nivel riesgo Moderado	Tratamiento más intensivo * Nivel riesgo Alto
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26 = 2.5	27+
b. Alcohol		0 – 10 = 9	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIóN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Realice gestión del riesgo y activación de ruta de atencion

Diligenciado por: Claudia I. Castaño Profesión: Psicóloga

Firma:

Fecha: 07-04-2026

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apia Risaralda

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA RISARALDA			
CONSENTIMIENTO INFORMADO			
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Claudia L Castaño		PROFESIÓN: Psicólogo	
DATOS DEL USUARIO	NOMBRES: Fernando	APELLIDOS: Llanos	
TIPO ID	Nº ID 6481731	EDAD: 64	
TELEFONO: 3135389806	DIRECCIÓN Vereda Valledol	BARRIO Zona Rural	
OCUPACIÓN: agricultor	NIVEL DE ESTUDIOS:		
CONSENTIMIENTO INFORMADO - APLICACIÓN PRUEBAS DE TAMIZAJE EN SALUD MENTAL			

Certifico que de manera voluntaria y en capacidad de entendimiento y juicio, he accedido a la entrevista y/o aplicación de prueba de tamizaje en salud mental y que he comprendido que la información que reciba o yo le brinde al profesional del Hospital, quien me realiza la entrevista es de carácter confidencial.

Se me explicó claramente que la información obtenida durante la atención será registrada en un formatos institucionales utilizada única y exclusivamente por profesionales de la salud con el fin de identificar población en riesgo y canalizar a los servicios de salud, que la información estará custodiada respetando el principio de confidencialidad y el derecho a la privacidad, se me aclaró que el profesional podrá revelar información durante el proceso de atención, si detecta de manera clara que hay un evidente daño o riesgo para mí o para terceros.

Se me indicó que el procedimiento a seguir, luego de la identificación de factores de riesgo es: brindarme orientación para el mejoramiento o fortalecimiento de mis capacidades de afrontamiento, habilidades para la vida, hábitos saludables y la gestión de los riesgos que se identifiquen con las instituciones prestadoras de salud para solicitud de atención prioritaria en salud física y mental si mis condiciones así lo requieren, indicando
los síntomas asociados identificados.

Así mismo se me indicó que se me brindará orientación para la autogestión de mi propio riesgo identificado, como un deber que tengo como usuario del servicio de atención.

Se me explicó que yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la entrevista con el profesional, cuando lo considere, sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mí. Así como el profesional puede dar por terminada la atención si considera algún tipo de riesgo para él, sin que implique
algún tipo de consecuencia para él.

Certifico que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo
ninguna duda al respecto.

Una vez leído y comprendido el presente consentimiento y estando de acuerdo con las explicaciones del profesional, se firma el presente consentimiento el día 04 **del mes** 04 **del año** 2026 **en el Municipio de** Apia

Fernando
Firma del usuario

Identificación: 64.8173

Firma del acompañante (acudiente)

Identificación: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.222-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: ESE HSVP.

Fecha: Dia del 9 al 7 Mes Abril Año 2026.

Actividad: Aplicación Pruebas de Tamizaje.

Duración: 1 hora CODIGO CUPS: 120302 - 120303

Poblacion objeto: Población en General

Responsable de la Actividad: Claudia Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACIÓN SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsercion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - E		SI	NO
1	Luz Mariana Serna C.	1053536082	Cl 5 # 40-37	3116724623					X			X			X											X				Luz Mariana Serna	X	
2	Cristian Camilo Ramirez	1088539234	El Guerro	3043048173				X				X				X										X				Cristian Camilo R.	X	
3	Maria Yidalba Cardenas	66.871.229	Vda Juntanica	3137113319					X		X				X											X				Maria Yidalba Cardenas	X	
4	Yasmith Bonilla Tovar	65.706.328	Vda La Maria	3135459719					X		X				X											X				YASmith Bonilla	X	
5	Natalia Botero Salas	1088539266	vda la Maria	3105374427				X			X				X											X				Natalia Salas Botero	X	
6	Nieves de J. Echeverry	4.122.596	Vda Guame	3168002063						X	X					X										X				Nieves de J. E.	X	
7	José Manuel Galeano	94.193.515	B. Acasia	3225027764					X		X					X										X				José Manuel G.	X	
8	Ana Milena Garces E.	1088536706	B. Bermeja	3146058715					X		X				X											X				Ana Milena Garces	X	
9	Flor Elisa Vasquez	29.844.194	Cra 8 #5-25	3148281813						X	X				X											X				Flor Elisa Vasquez	X	
10	Flor Angela Rios G.	53377246	Cl Maleza 19	3206732263					X		X				X											X				Flor Angela R.	X	
11	Ana Cecilia Galeano	24.410.637	Santa Ines	3128912066						X	X				X											X				Ana Cecilia Galeano	X	
12	Luisa Caicedo C.	29.411.665	San Vicente	3113110830						X	X				X											X				Luisa Caicedo	X	
13	Fernando Muñoz	6.481.737	Vda Valladolid	3135357806						X	X					X										X				Fernando	X	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Actividad 10

Desarrollar campañas informativas sobre control de vectores, con énfasis en la prevención del dengue, dirigidas a la población general del municipio.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Educacion en salud
FECHA	20-03-26.
ACTIVIDAD	Campaña Informativa Control de vectores
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Diana Sanchez Loaiza
CODIGO CUPS	I 11304
OBJETIVO: Sensibilizar a la población del municipio sobre la importancia del control de vectores, mediante estrategias de educacion y entrega del material informativo, con el proposito de fomentar entornos saludables y prevenir casos de dengue	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Se llevo a cabo una actividad educativa de promocion y prevencion en salud dirigida a la comunidad, enfocada en el control de vectores y la prevencion del dengue. Durante la intervención se socializo informacion sobre la proliferacion del mosquito. Asi' como las acciones individuales y colectivas para reducir criaderos en viviendas y espacios comunitarios. la actividad incluye la entrega de afiches informativos como material de apoyo, los cuales reforzaron los mensajes sobre el adecuado manejo del agua, de los entornos y su limpieza y medidas de proteccion, junto la identificacion de los signos y sintomas.	

	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES:_____

Darfar Ochoa
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Martha Rodriguez
QUIÉN RECIBE LA ACTIVIDAD

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Actividad 13

Realizar intervenciones de educaciónón y comunicaciónón con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, resoluciónón pacífica de conflictos y fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes. Las acciones incluirán jornadas grupales, talleres participativos y estrategias comunitarias con apoyo interinstitucional.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Educación y Comunicación en prácticas de cuidado y crianza.
FECHA	Día 13 - Mes 02 - Año 2026. Vereda Mira Valle
ACTIVIDAD	Fortaleciendo lazos familiares."Sosteniendo a mi familia".
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Alirio Carvajal
CÓDIGO CUPS	I11601

OBJETIVO:
Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, la resolución pacífica de conflictos y el fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Se llevó a cabo una actividad grupal con padres, madres y cuidadores, de la vereda Mira Valle en la cual se utilizó una dinámica participativa. A cada participante se le entregó un globo, solicitándoles inflarlo y escribir en él el nombre de sus hijos u otros miembros significativos de su familia (como hermanos o cuidadores). Posteriormente, se indicó que debían lanzar el globo hacia arriba y mantenerlo en el aire sin dejarlo caer. A partir de esta dinámica, se realizó una reflexión guiada donde se explicó que, así como sostenían el globo, también es necesario sostener a la familia mediante el cuidado, la protección y el acompañamiento constante. Se promovió la identificación de factores de riesgo que pueden afectar el bienestar familiar, así como el reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores como la comunicación, el afecto, el respeto y el establecimiento de límites adecuados.

Durante la actividad, los participantes mostraron disposición y participación activa, logrando establecer conexiones significativas entre la dinámica realizada y su rol dentro del sistema familiar.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

La actividad permitió sensibilizar a los participantes sobre la importancia del cuidado y la protección en la familia, así como la necesidad de fortalecer prácticas de crianza basadas en el respeto y la comunicación asertiva. Se evidenció comprensión frente a la relevancia de identificar riesgos y potenciar factores protectores en el entorno familiar.

ANEXOS:

Fotográfica	X
Registro de asistencia	X
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: Ninguna

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE RISARALDA MUNICIPIO DE APÍA NIT 891.480.022-3 SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN REGISTRO ACTIVIDADES	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Educación y Comunicación en Prácticas de cuidado y crianza.
13 - febrero -2026 Zona Rural vereda Mira Valle.







REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl APIA RISARALDA

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E·S·E H·S·V·P

Fecha: Dia 13 Mes Febero Año 2026

Actividad: Educación y Comunicación en Prácticas de Cuidado y Crianza

Duración: 2horas CODIGO CUPS: 111601

Poblacion objeto: Población en General

Responsable de la Actividad: Claudia Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsercion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	...		N	NO
1	Melva M. Dorjia	25009241	vda Miravalle	3207666234					X		X				X										X		X			Melva María		
2	Alicia Ramirez	42.023633	vda Mira Valle	3206259849						X	X				X										X		X			Maria Vanegas R		
3	M. Yaneth Vanegas	42.023895	vda Mira valle	3118493871						X	X				X										X		X			Alicia Ramirez		
4	Ivy Estela Mancada	24413.373	vda Mira Valle	3123881920					X		X				X										X		X			Ivys Stella Mancada		
5	Arelys Hengo Garcia	66964677	vda Mira Valle	3135126141					X		1				X										X		X			[illegible]	X	
6	Enrique Valencia Uhe	4389962	vda Mira Valle	3105090057						X	X					X									X		X			Enrique Valencia		
7	Elvio Arias Munoz	10088615	vda Mira Valle	3249105697						X	X					X									X		X			Elvio Arias	X	
8	Ivr Eduardo Mejia	18538403	vda Mira Valle	3216639116					X		X					X									X		X			[illegible]	X	
9	Antonia Carmona	24.413.773	vda Mira Valle	3126701023						X	1				X										X		X			Antonia Carmona	X	
10	Alvino Alberto Carvajal	9.956.103	vda Mira valle	3147540757					X		X					X									X		X			Alvino Alberto C.	X	
11	Mª Paco Cardona	31.711.945	vda Mira Valle	3107049838						X	X				X										X		X			Rocio C	X	
12	José Libardo Carvajal	15.261.255	vda Mira Valle	3017018618						X	X					X									X		X			[illegible]	X	
13	Angel M J. Carvajal	6512792	vda Mira Valle	3108524910						X	1					X									X		X			[illegible]	X	

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

Educación y Comunicación en Prácticas de cuidado y crianza.
06- febrero -2026 Zona Rural vereda Guarne.







	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

TIPO DE INTERVENCIÓN	Educación y Comunicación en prácticas de cuidado y crianza.
FECHA	Día 06 - Mes 02 - Año 2026. Vereda Guarne
ACTIVIDAD	Fortaleciendo lazos familiares."Sosteniendo a mi familia".
REPRESENTANTE LEGAL O LÍDER	Claudia Mejía
CÓDIGO CUPS	I11601

OBJETIVO:

Realizar intervenciones de educación y comunicación con padres, madres y cuidadores, orientadas a promover prácticas de crianza respetuosa, la resolución pacífica de conflictos y el fortalecimiento de habilidades para el cuidado y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Se llevó a cabo una actividad grupal con padres, madres y cuidadores, de la vereda Guarne en la cual se utilizó una dinámica participativa. A cada participante se le entregó un globo, solicitándoles inflarlo y escribir en él el nombre de sus hijos u otros miembros significativos de su familia (como hermanos o cuidadores). Posteriormente, se indicó que debían lanzar el globo hacia arriba y mantenerlo en el aire sin dejarlo caer. A partir de esta dinámica, se realizó una reflexión guiada donde se explicó que, así como sostenían el globo, también es necesario sostener a la familia mediante el cuidado, la protección y el acompañamiento constante. Se promovió la identificación de factores de riesgo que pueden afectar el bienestar familiar, así como el reconocimiento y fortalecimiento de factores protectores como la comunicación, el afecto, el respeto y el establecimiento de límites adecuados.

Durante la actividad, los participantes mostraron disposición y participación activa, logrando establecer conexiones significativas entre la dinámica realizada y su rol dentro del sistema familiar.

	REPÚBLICA DE COLOMBIA **DEPARTAMENTO DE RISARALDA** **MUNICIPIO DE APÍA** **NIT 891.480.022-3** **SECRETARÍA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUACIÓN** **REGISTRO ACTIVIDADES**	E.S.E Hospital San Vicente de Paúl Apía Risaralda
Versión:	Vigencia:07-2020	

La actividad permitió sensibilizar a los participantes sobre la importancia del cuidado y la protección en la familia, asi como la necesidad de fortalecer prácticas de crianza basadas en el respeto y la comunicación asertiva. Se evidenció comprensión frente a la relevancia de identificar riesgos y potenciar factores protectores en el entorno familiar.

ANEXOS:

Fotográfica	x
Registro de asistencia	x
Anexo documental	
Capturas de pantalla	
Material audiovisual	

OBSERVACIONES: Ninguna

Claudia Rojas

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
ACTIVIDAD

QUIÉN RECIBE LA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.122-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E. H.S.V.P

Fecha: Dia 13 Mes Febrero Año 2016.

Actividad: Educación y Comunicación en Prácticas de cuidado y crianza.

Duración: 2 horas CODIGO CUPS: I19601

Poblacion objeto: Población en General

Responsable de la Actividad: Acacia L. Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N°DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION					GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Familias en accion	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	O -		SI	NO
1	Martha Lucia Cajigas	24.411.342	Vda Miravalle	3103432015					X		X				X										X					Martha L. Cajigas	X	
2	Rosa Nelly Cardona	24.412.986	Vda Miravalle	3234936260					X		X				X										X					Rosa Nelly Cardona	X	
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.022-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl APIA - RISARALDA

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
APIA- RISARALDA

Entidad: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Dia 06 Mes Febrero Año 2016

Actividad: Educación y Comunicación en Prácticas de Cuidado y Crianza

Duración: 2horas CODIGO CUPS: 119601

Poblacion objeto: Población en General.

Responsable de la Actividad: Claudia Ivana Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RBC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES BIFORSIALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Nº DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
					0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	OTRO	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Reinsertado	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	P - E - O		SI	NO
1	Claudia M. Bragagna	25.001291	Vda Guarne	3127176945					X		X				X								X		X		X			claudia	X	
2	Sandra P. Pendón	24.483796	Vda Guarne	3146619010							X				X								X		X		X			Sandra P Pendón	X	
3	Monica Y. Gomez	1007807210	Vda Guarne	3183134173							X				X								X		X		X			Mónica Gomez	X	
4	Luz Adriana Figueroa	24.419.026	Vda Guarne	3105542013							X				X								X		X		X			Adriana Figueroa	X	
5	Maricel Morales Díaz	1097486291	Vda Guarne	3136199064							X				X								X		X		X			Maricel Morales	X	
6	Nora M. Gil Serna	1088336691	Vda Guarne	3209540112							X				X								X		X		X			Nora Gil. S.	X	
7	Ivonne Lopez	1088537405	Vda Guarne	3219496408					X		X				X								X		X		X			Ivonne Lopez	X	
8	Maribel Rios V.	1088538104	Vda Guarne	3123261517					X		X				X								X		X		X			Maribel Rios V.	X	
9	Consuelo Pabledo	24.412536	Vda Guarne	3127330165						X	X				X								X		X		X			Consuelo Pabledo	X	
10	Cecilia Rios Figueroa	24.112.054	Vda Guarne	3126888345						X	X				X								X		X		X			Cecilia Rios	X	
11	Jaime Angules Rios	4350823	Vda Guarne	3137765709					X		X				X								X		X		X			Jaime Angules	X	
12	Claudia Mejía	24775327	Vda Guarne	3136179004											X								X		X		X			Claudia Mejía.	X	
13	Blanca M. Angules	25.245.978	Vda Guarne	3113952136						X	X				X								X		X		X			blanca M. Angules	X	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE RISARALDA
MUNICIPIO DE APIA
NIT 891.480.020-3
SECRETARIA DE GOBIERNO, SALUD Y EDUCACION
REGISTRO DE ATENCION A LA COMUNIDAD

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

ESE HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAUL
APIA- RISARALDA

Dirigido: E.S.E H.S.V.P

Fecha: Día 06 Mes Febrero Año 2026

Entidad: Educación y Comunicación en Prácticas de Cuidado y Crianza

Duración: 2 horas Código CUPS: 1 11601

Nombre objeto: Postparto en General

Responsable de la Actividad: Claudia Lorena Castaño

TIPO DE INTERVENCIÓN - PROCEDIMIENTO - ACTIVIDAD

RIAC ☐ PREVENCIÓN Y CONTROL VECTORES ☐ CONFORMACIÓN REDES ☐ ZOE - CENTRO ESCUCHA ☐ INFORMACIÓN EN SALUD ☐

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD ☐ TRABAJADORES INFORMALES ☐ CANALIZACIÓN ☐ CARACTERIZACIÓN ☐ JORNADA DE SALUD ☐

NOMBRE Y APELLIDO	N°DOCUMENTO	ENTIDAD, LOCALIDAD, VEREDA, BARRIO	TELEFONO	CICLO VITAL						ESTRATO				GENERO		CARACTERIZACION DE LA POBLACION						GRUPO ÉTNICO				AFILIACION SGSSS				FIRMA	AUTORIZO TRATAMIENTO DATOS PERSONALES	
				0-5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60	1	2	3	GRAL	F	M	Madre Cabeza Hogar	Victimas del desplazamiento	Red unidos	Participa en Acceso	Discapacidad	A	I	R	O	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	e - - - o		SI	NO
1	Emanuel Grajales G.	1061371693	vda Guarne			X				X					X									X		X			Emanuel G.	X	
2	Julio Cesar Florez	18533351	vda Guarne	3122834130				X		X					X									X		X			Julio Cesar F.	X	
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																