

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 Davidson Martinez Villa identificado(a) con Cédula
No. 1007 386 390 de Alcala valle 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 una 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 323 394 3875 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 (X) 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 19 del mes de JUNIO del año 2026

Davidson Martinez Villa
FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Davidson Martinez Villa
Tipo y número de identificación: CC 1007 386 390

Jefferson Jose Corica
FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: Jefferson Jose Corica
Tipo y número de identificación: CC 1094 949 772

7. Datos de la primera prueba

Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 | 06 | 19

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
☒ VIH	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos	<u>Abbott Bioline</u>	<u>03ADK028B</u>	<u>2027 10 13</u>
☒ Sífilis	☐ Positivo ☒ Negativo	☒ Anticuerpos	<u>Abbott Bioline</u>	<u>06 CDK 003C</u>	<u>2027 02 23</u>
☒ Hepatitis B	☐ Reactivo ☒ No reactivo	☒ Antígenos	<u>Abbott ABON</u>	<u>000119 3801</u>	<u>2027 11 06</u>
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			

8. Datos de la prueba confirmatoria

Fecha prueba rápida y entrega de resultado 2026 | 06 | 19

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

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

10. Datos de quien realiza la prueba

Nombre Jefferson Corica

Firma Jefferson Corica

Cédula de ciudadanía 1094 949 772



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

Número de formulario

2191075



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío 1.5. Tipo de lugar de la actividad: Comunitario
1.2. Municipio Filandia 1.6. Lugar de la actividad: Zona centro
1.3. Localidad/comuna: No Aplica. 1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio
1.4. Barrio donde se realiza la actividad Ese Hospital Sanvicente de Paul

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío 2.3. Localidad/comuna No Aplica
2.2. Municipio Filandia. 2.4. Barrio Zona centro CRA 6

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 1007.386.390
3.3. Primer nombre Davidson 3.3.1. Segundo nombre 3.3.2. Primer apellido Martinez 3.3.3. Segundo apellido Villa
3.4. Caracterización persona atendida
☐ HSH ☐ TRANS ☐ PID ☐ OTS ☐ OHC ☐ LESB ☐ OPPL ☐ ITS ☐ INMIGRANTE* ☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
☐ SPA ☐ GESTANTE Fecha de la última menstruación AAAA MM DD ☒ POB. GENERAL ☐ TB *País de procedencia
3.5. Sexo asignado al nacer ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual 3.6. Fecha de nacimiento 1993 07 05 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 Asmet salud.
3.9. Presenta alguno de estos síntomas ☐ Tos ☐ Flebre ☐ Sudoración nocturna ☐ Pérdida de peso ☐ Otras ITS
☐ Otros síntomas diferentes (escriba cuáles) ☒ No presenta síntomas

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

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

5. No. Condones

10

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

Realiza encuesta de valoración de riesgo ☒ SI ☐ NO

7. IPS de atención regular

Observaciones

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