

**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 Yauseth Jose Quijada Sanchez identificado(a) con  
No. 1250097 de Bogota 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 315 335 54 47 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 brindar 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

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO  
Nombre y Apellido: Yauseth Jose Quijada  
Tipo y número de identificación: PPT 1250097

FIRMA DE QUIEN TOMA EL CONSENTIMIENTO  
Nombre y Apellido: Jefferson Jose Correa O.  
Tipo y número de identificación: CC 1094949772

**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 |           |           |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|-----------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> VIH         | <input type="radio"/> Reactivo <input checked="" type="radio"/> No reactivo | <input checked="" type="radio"/> Anticuerpos <input type="radio"/> Antígenos/anticuerpos | <u>Abbott Bioline</u>         | <u>03ADK028B</u>  | <u>2027</u>          | <u>10</u> | <u>13</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sífilis     | <input type="radio"/> Positivo <input checked="" type="radio"/> Negativo    | <input checked="" type="radio"/> Anticuerpos                                             | <u>Abbott Bioline</u>         | <u>06CDK013B</u>  | <u>2027</u>          | <u>10</u> | <u>14</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Reactivo <input checked="" type="radio"/> No reactivo | <input checked="" type="radio"/> Antígenos                                               | <u>Abbott ABON</u>            | <u>0001193801</u> | <u>2027</u>          | <u>11</u> | <u>06</u> |
| <input type="radio"/> Hepatitis C               | <input type="radio"/> Reactivo <input type="radio"/> No reactivo            | <input type="radio"/> Anticuerpos                                                        |                               |                   |                      |           |           |

**8. Datos de la prueba confirmatoria**

Fecha prueba rápida y entrega de resultado \_\_\_\_\_

| Prueba                    | Resultado                                                     | Tipo de prueba para detección                                                 | Nombre comercial de la prueba | Lote | Fecha de vencimiento |  |  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|----------------------|--|--|
| <input type="radio"/> VIH | <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo | <input type="radio"/> Anticuerpos <input type="radio"/> 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 Correa Firma [Firma] Cédula de ciudadanía 1094949772

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

Número de formulario

2187969



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

## 1. Localización de la actividad

1.1. Departamento Quindío1.5. Tipo de lugar de la actividad: Comunitario1.2. Municipio Filandia1.6. Lugar de la actividad: Zona Centro1.3. 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 San Vicente de Paul

## 2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento Quindío2.3. Localidad/comuna No Aplica2.2. Municipio Filandia2.4. Barrio Belisario

## 3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP ☒ PPT3.2. Número de identificación 1250097

3.3. Primer nombre

Yauseth

3.3.1. Segundo nombre

Gose

3.3.2. Primer apellido

Oujada

3.3.3. Segundo apellido

Sanchez

## 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

20231116☒ POB. GENERAL☐ TB

\*País de procedencia

Venezuela

## 3.5. Sexo asignado al nacer

☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

1995 11 16

3.6.1 Edad en años cumplidos

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

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

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

3.8.1. Nombre de la aseguradora

☐ Fondo de atención en salud para PPL☐ ExcepciónNueva EPS

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

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

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

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

## 5. No. Condones

10

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

## 7. IPS de atención regular

## Observaciones

Realiza encuesta de valoración de riesgo

☒ SI ☐ NO

Tipo de financiamiento

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