República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN SEROLOGICA DE *Trypanosoma cruzi* POBLACIÓN ESCOLAR	CÓDIGO	MI-GS-RG-643
		VERSIÓN	1
	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	FECHA DE APROBACIÓN	07/05/2026
		PÁGINA	1 de 1

N° CÓDIGO CONSECUTIVO: 4

FECHA: 04-09-2026 MUNICIPIO: Pinchote
INSTITUCIÓN: Captado Fuera del ambito escolar GRADO ESCOLAR: no aplica

Yo, Marlene Guevara Figueroa, por este intermedio hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y actividades de vigilancia en Salud Publica, enfocada hacia el tamizaje de pacientes menores de 18 años para enfermedad de Chagas; ACEPTO que soy directo responsable del menor:

NOMBRE COMPLETO: Isabella Sanchez Guevara.
EDAD: 7 años DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 1097143301
SEGURIDAD SOCIAL (administradora de planes de beneficio): Sanitas
DIRECCIÓN: Finca La Vega BARRIO: no Aplica
VEREDA: Garcez FINCA: Finca la vega.
TIPO DE POBLACIÓN (Marque con una X): ÁREA URBANA: _____ ÁREA RURAL: X

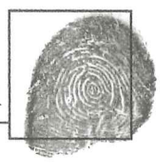
ACEPTO [X] **NO ACEPTO** [ ] la toma de muestra.

Para que se le incluya como participante y se le practiquen el o los procedimientos(s) relacionado(s) en el presente documento; por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la toma de muestra, los riesgos, beneficios y aclaraciones de la participación, que me han explicado y que me han permitido formular preguntas y aclarar dudas sobre la participación del menor.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO: Marlene Guevara Figueroa
N° DOCUMENTO 37685224 N° TELEFÓNICO(S): 3125226106
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL MENOR: Mamá

FIRMA Y/O HUELLA: Marlene Guevara F



ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO: Maria Durán
N° DOCUMENTO 1100964330 FECHA: 04-09-2026
LUGAR DE TOMA DE LA MUESTRA: Ese San Antonio de padua

FIRMA: Maria Durán

"En caso de error en el marcado de la casilla, no se admiten tachaduras; se deberá diligenciar un nuevo formato para garantizar la validez legal del consentimiento".

República de Colombia Gobernación de Santander	REPORTE DE RESULTADOS TAMIZAJE DE CHAGAS	CÓDIGO	MI-GS-RG-1025
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	30/04/2026
		PÁGINA	1 de 1

FECHA: 04-09-2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Isabella Sanchez Guevara

N° IDENTIFICACIÓN: 1097143301 **TIPO: CC**___ **TI** X **RC**___ **CE**___ **PE**___ **PA**___

EDAD: 7 **AÑOS** X **MESES**___ **SEXO: F**___ **M**___ **I**___

EAPB: Sanitas **RÉGIMEN: C**___ **S** X **E**___ **I**___ **NO ASEGURADO**___

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Pinchote **BARRIO/LOCALIDAD:** Garces

INTERPRETACIÓN: Negativo

Marca PDR: Bioline - Chagas Ab

Lote: 49ADK001F

Fecha vencimiento: 2027.09.28

Prueba: Chagas Anticuerpos IgG (Chagas Ab Combo Rapid Test IgG)
Técnica: Inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral
Sensibilidad: 92,9% - Especificidad: 100%

Este resultado corresponde a una prueba de laboratorio POCT (pruebas en el punto de atención del paciente) realizada en el marco de un tamizaje.
Para confirmar el diagnóstico de Enfermedad de Chagas deben realizarse otras pruebas complementarias en conjunto con una valoración clínica del paciente.

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA: Maria Duran

CARGO: Auxiliar en enfermeria

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN SEROLOGICA DE *Trypanosoma cruzi* POBLACIÓN ESCOLAR	CÓDIGO	MI-GS-RG-643
		VERSIÓN	1
	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	FECHA DE APROBACIÓN	07/05/2026
		PÁGINA	1 de 1

N° CÓDIGO CONSECUTIVO: 3

FECHA: 04-09-2026 MUNICIPIO: Pinchote
INSTITUCIÓN: Captado Fuera del Ambito escolar GRADO ESCOLAR: NO Aplica

Yo, Elizabeth Uribe Sanchez, por este intermedio hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y actividades de vigilancia en Salud Publica, enfocada hacia el tamizaje de pacientes menores de 18 años para enfermedad de Chagas; ACEPTO que soy directo responsable del menor:

NOMBRE COMPLETO: Lian Felipe Diaz Uribe
EDAD: 22 meses DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 1100990102
SEGURIDAD SOCIAL (administradora de planes de beneficio): Sanitas
DIRECCIÓN: Vereda Santa Cruz BARRIO: NO Aplica
VEREDA: Santa Cruz FINCA: Miralindo
TIPO DE POBLACIÓN (Marque con una X): ÁREA URBANA: _____ ÁREA RURAL: X

ACEPTO [X] **NO ACEPTO** [ ] la toma de muestra.

Para que se le incluya como participante y se le practiquen el o los procedimientos(s) relacionado(s) en el presente documento; por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la toma de muestra, los riesgos, beneficios y aclaraciones de la participación, que me han explicado y que me han permitido formular preguntas y aclarar dudas sobre la participación del menor.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO: Elizabeth Uribe Sanchez
N° DOCUMENTO 1100954504 N° TELEFÓNICO(S): 3213971515
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL MENOR: Madre

FIRMA Y/O HUELLA: Elizabeth Uribe S.



ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO: Maria Duran
N° DOCUMENTO 1100964330 FECHA: 04-09-2026
LUGAR DE TOMA DE LA MUESTRA: ESE San Antonio de Padua

FIRMA: Maria Durán

"En caso de error en el marcado de la casilla, no se admiten tachaduras; se deberá diligenciar un nuevo formato para garantizar la validez legal del consentimiento".

República de Colombia Gobernación de Santander	REPORTE DE RESULTADOS TAMIZAJE DE CHAGAS	CÓDIGO	MI-GS-RG-1025
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	30/04/2026
		PÁGINA	1 de 1

FECHA: 4 Septiembre 2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Lian Felipe Diaz Uribe

N° IDENTIFICACIÓN: 1100980102 **TIPO: CC**___ **TI**___ **RC** X **CE**___ **PE**___ **PA**___

EDAD: 22 meses **AÑOS**___ **MESES** X **SEXO: F**___ **M**___ **I**___

EAPB: Sanitas **RÉGIMEN: C**___ **S** X **E**___ **I**___ **NO ASEGURADO**___

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Pinchote **BARRIO/LOCALIDAD:** Vereda Santa Cruz

INTERPRETACIÓN: negativo

Marca PDR: Bioline Chagas Ab.

Lote: 49ADK001F

Fecha vencimiento: 2027.09.28

Prueba: Chagas Anticuerpos IgG (Chagas Ab Combo Rapid Test IgG)
Técnica: Inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral
Sensibilidad: 92,9% - Especificidad: 100%

Este resultado corresponde a una prueba de laboratorio POCT (pruebas en el punto de atención del paciente) realizada en el marco de un tamizaje.
Para confirmar el diagnóstico de Enfermedad de Chagas deben realizarse otras pruebas complementarias en conjunto con una valoración clínica del paciente.

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA: Maria Duián

CARGO: Auxiliar de Enfermeria

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN SEROLOGICA DE *Trypanosoma cruzi* POBLACIÓN ESCOLAR	CÓDIGO	MI-GS-RG-643
		VERSIÓN	1
	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	FECHA DE APROBACIÓN	07/05/2026
		PÁGINA	1 de 1

N° CÓDIGO CONSECUTIVO: 2

FECHA: 4 Septiembre 2026 MUNICIPIO: Pinchote
INSTITUCIÓN: Captado fuera del ambito escolar GRADO ESCOLAR: no aplica

Yo, _____, por este intermedio hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y actividades de vigilancia en Salud Publica, enfocada hacia el tamizaje de pacientes menores de 18 años para enfermedad de Chagas; ACEPTO que soy directo responsable del menor:

NOMBRE COMPLETO: Claudia Yamile Correa
EDAD: 40 DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 1100 450 222
SEGURIDAD SOCIAL (administradora de planes de beneficio): Nueva EPS
DIRECCIÓN: Finca el llano BARRIO: No Aplica
VEREDA: llano Grande FINCA: El llano
TIPO DE POBLACIÓN (Marque con una X): ÁREA URBANA: _____ ÁREA RURAL: X

ACEPTO [X] **NO ACEPTO** [ ] la toma de muestra.

Para que se le incluya como participante y se le practiquen el o los procedimientos(s) relacionado(s) en el presente documento; por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la toma de muestra, los riesgos, beneficios y aclaraciones de la participación, que me han explicado y que me han permitido formular preguntas y aclarar dudas sobre la participación del menor.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO: _____
N° DOCUMENTO_____ N° TELEFÓNICO(S):_____
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL MENOR: _____

FIRMA Y/O HUELLA: Claudia Yamile Correa



ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO: Jeidy Paola Gomez Rodriguez
N° DOCUMENTO 1100963334 FECHA: 04-09-2026
LUGAR DE TOMA DE LA MUESTRA: Ese San Antonio de Padua

FIRMA: Jeidy Gomez R

"En caso de error en el marcado de la casilla, no se admiten tachaduras; se deberá diligenciar un nuevo formato para garantizar la validez legal del consentimiento".

República de Colombia Gobernación de Santander	REPORTE DE RESULTADOS TAMIZAJE DE CHAGAS	CÓDIGO	MI-GS-RG-1025
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	30/04/2026
		PÁGINA	1 de 1

FECHA: 04-09-2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Yamile Correa

N° IDENTIFICACIÓN: 1100950222 **TIPO:** CC X TI ___ RC ___ CE ___ PE ___ PA ___

EDAD: 40 **AÑOS** X **MESES** ___ **SEXO:** F ___ M ___ I ___

EAPB: Nueva EPS **RÉGIMEN:** C X S ___ E ___ I ___ **NO ASEGURADO** ___

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Pinchote **BARRIO/LOCALIDAD:** Llano Grande

INTERPRETACIÓN: Negativo

Marca PDR: Bioline Chagas Ab

Lote: 49ADK001F

Fecha vencimiento: 2027.09.28

Prueba: Chagas Anticuerpos IgG (Chagas Ab Combo Rapid Test IgG)
Técnica: Inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral
Sensibilidad: 92,9% - Especificidad: 100%

Este resultado corresponde a una prueba de laboratorio POCT (pruebas en el punto de atención del paciente) realizada en el marco de un tamizaje.
Para confirmar el diagnóstico de Enfermedad de Chagas deben realizarse otras pruebas complementarias en conjunto con una valoración clínica del paciente.

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA: Leidy patricia Gomez R

CARGO: Auxiliar Enfermeria

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO DETECCIÓN SEROLOGICA DE *Trypanosoma cruzi* POBLACIÓN ESCOLAR	CÓDIGO	MI-GS-RG-643
		VERSIÓN	1
	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	FECHA DE APROBACIÓN	07/05/2026
		PÁGINA	1 de 1

N° CÓDIGO CONSECUTIVO: 1

FECHA: 04 Septiembre 2026 MUNICIPIO: Pinchote
INSTITUCIÓN: Captado fuera del ambito escolar GRADO ESCOLAR: NO Aplica

Yo, Fanny Rocio Rodriguez R, por este intermedio hago constar que una vez informado sobre los procedimientos y actividades de vigilancia en Salud Publica, enfocada hacia el tamizaje de pacientes menores de 18 años para enfermedad de Chagas; ACEPTO que soy directo responsable del menor:

NOMBRE COMPLETO: Salome Santana Rodriguez
EDAD: 7 años DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 1100976546
SEGURIDAD SOCIAL (administradora de planes de beneficio): Sanitas
DIRECCIÓN: NO APlica BARRIO: NO APlica
VEREDA: Capellania FINCA: Santa Rosa.
TIPO DE POBLACIÓN (Marque con una X): ÁREA URBANA: _____ ÁREA RURAL: X

ACEPTO [X] **NO ACEPTO** [ ] la toma de muestra.

Para que se le incluya como participante y se le practiquen el o los procedimientos(s) relacionado(s) en el presente documento; por lo anterior declaro que he entendido el objetivo propuesto, la toma de muestra, los riesgos, beneficios y aclaraciones de la participación, que me han explicado y que me han permitido formular preguntas y aclarar dudas sobre la participación del menor.

DATOS DEL RESPONSABLE DEL MENOR

NOMBRE COMPLETO: Fanny Rocio Rodriguez Rodriguez
N° DOCUMENTO 37. 901. 510 N° TELEFÓNICO(S): 3202942125
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL MENOR: Madre

FIRMA Y/O HUELLA: Fanny Rodriguez



ESPACIO EXCLUSIVO PARA QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO: Leidy Patricia Gomez Rodriguez
N° DOCUMENTO 1100963334 FECHA: 04-09-2026
LUGAR DE TOMA DE LA MUESTRA: ESE San Antonio de Padua

FIRMA: Leidy Gomez

"En caso de error en el marcado de la casilla, no se admiten tachaduras; se deberá diligenciar un nuevo formato para garantizar la validez legal del consentimiento".

República de Colombia Gobernación de Santander	REPORTE DE RESULTADOS TAMIZAJE DE CHAGAS	CÓDIGO	MI-GS-RG-1025
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	30/04/2026
		PÁGINA	1 de 1

FECHA: 04 – 09 - 2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Salome Santana Rodriguez

N° IDENTIFICACIÓN: 1100976546 **TIPO:** CC___ TI X RC___ CE___ PE___ PA___

EDAD: 7 **AÑOS** X **MESES**___ **SEXO:** F___ M___ I___

EAPB: Sanitas **RÉGIMEN:** C___ S X E___ I___ **NO ASEGURADO** ___

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Pinchote **BARRIO/LOCALIDAD:** Capellania

INTERPRETACIÓN: Negativo

Marca PDR: Bioline - Chagas Ab

Lote: 49 ADK 001F

Fecha vencimiento: 2027. 09. 28

Prueba: Chagas Anticuerpos IgG (Chagas Ab Combo Rapid Test IgG)
Técnica: Inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral
Sensibilidad: 92,9% - Especificidad: 100%

Este resultado corresponde a una prueba de laboratorio POCT (pruebas en el punto de atención del paciente) realizada en el marco de un tamizaje.
Para confirmar el diagnóstico de Enfermedad de Chagas deben realizarse otras pruebas complementarias en conjunto con una valoración clínica del paciente.

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA: Leidy Patricia Gomez R

CARGO: Auxiliar de Enfermeria