



CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO COVID-19 EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS, SIN ORDEN MÉDICA Y SIN FICHA EPIDEMIOLÓGICA
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-026 V1 31-01-2022

Fecha: _____ de _____ del _____ en la ciudad de _____

Nombre del paciente: _____

Tipo de identificación: CC __CE __TI __ Otro _____ N° _____

Yo _____, identificado con CC __CE __ AA __
N° _____ de _____, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando en nombre propio _____ o en representación de _____ acepto ser sometido(a) o que mi representado sea sometido a la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo y que la misma sea analizada a través de las pruebas encaminadas al apoyo diagnóstico de la COVID-19 y denominadas de detección de antígenos virales y/o RT-PCR, situación frente a la cual MANIFIESTO, en mi nombre o en nombre de quien represento, en forma LIBRE y VOLUNTARIA:

1. Que se me ha explicado la naturaleza del COVID-19, su sintomatología, modo de contagio, medidas para contenerla y los signos de alerta que pueden generar complicaciones en mis condiciones de salud. Que he formulado las preguntas relacionadas con la mencionada patología, frente a las cuales he recibido respuesta en forma clara y satisfactoria.
2. Que contesto el cuestionario que se plantea a continuación, habiendo sido informado de la necesidad de dar respuesta precisa y veraz a cada uno de los interrogantes, por ser de vital importancia para definir el plan de manejo y las medidas a adoptar para mi protección y seguridad o la de quien represento, la del personal de salud y de la comunidad en general:

DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

¿Usted o la persona a quien representa ha presentado fiebre de 38 °C, tos seca, dificultad respiratoria, diarrea, dolor de garganta, dolores articulares, malestar general, fatiga, cansancio, conjuntivitis, congestión nasal, reducción o pérdida del olfato o del gusto? SÍ _____ NO _____

En caso de que usted o la persona a quien representa presente alguno de los síntomas mencionados, indique cuál(es) y la fecha aproximada de inicio de estos.

¿Tiene conocimiento de si usted o la persona a quien representa ha sostenido contacto estrecho o convive con alguien sospechoso o diagnosticado con COVID-19? SÍ _____ NO _____.

3. Que me han explicado que para la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo debo usar o mi representado debe usar el tapabocas de la forma indicada por el profesional de la salud, esto es, cubriendo la boca. Además, debo tener, o mi representado debe tener limpia la nariz de cualquier tipo de secreción nasal, para que luego, el profesional de la salud, empleando los elementos de bioseguridad requeridos, me introduzca o le introduzca a mi representado un escobillón muy delgado por la fosa nasal hasta la parte posterior de la garganta, el cual se mantendrá allí por un tiempo aproximado de 10 segundos con el fin de extraer las células de esa parte del cuerpo, las cuales serán empleadas para analizar la presencia o no del virus. De igual forma, se me ha indicado que, si presento o mi representado presenta, problemas de pólipos nasales o tabique desviado, se intentará la toma de la muestra en la otra fosa nasal.



CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO COVID-19 EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS, SIN ORDEN MÉDICA Y SIN FICHA EPIDEMIOLÓGICA
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-026 V1 31-01-2022

4. Que se me ha informado que la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo me puede ocasionar o le puede ocasionar a mi representado como **riesgo o complicación**: molestia, dolor, tos, estornudos, lagrimeo y, ocasionalmente, sangrado nasal.
5. Que se me ha explicado que el análisis de la muestra de hisopado nasofaríngeo que me fue tomada o le fue tomada a mi representado, se realizará por medio de la prueba de detección de antígeno COVID-19, a través de la cual se puede identificar una proteína específica del virus SARS-CoV-2.
6. Que el profesional de la salud me ha informado que la prueba que se me va a practicar o se le practicará a quien represento, puede presentar dificultades para detectar la proteína del virus, situación que depende del posible tiempo de contacto con éste, razón por la cual, dicha prueba es un apoyo para diagnosticar la COVID-19. En consecuencia, se me ha informado que no se aconseja realizar este examen en pacientes con más de once (11) días desde el inicio de síntomas, considerando que la cantidad de virus puede ser inferior a la requerida para lograr su identificación.
7. Que se me ha explicado que, aunque la prueba de antígeno es útil para confirmar la presencia del virus causante de la COVID-19, se realiza con mayor facilidad y el tiempo requerido para conocer el resultado es menor, su capacidad de detección es inferior a la prueba RT-PCR. Esto significa que, si un resultado es positivo, se interpreta que se tiene infección por este virus, pero un resultado negativo no excluye de manera absoluta esta infección, más aún en aquellos casos en los cuales existe sospecha clínica.
8. Que se me ha informado que en caso de resultar positiva la prueba que me fue practicada o le fue practicada a mi representado, deberá adelantarse la correspondiente valoración por un profesional de la salud, en aras de garantizarse su manejo adecuado y, además, el laboratorio clínico Cecimin S.A.S, deberá realizar la notificación requerida a los entes de control sanitarios del país, de acuerdo con la normatividad vigente, quienes posiblemente me contactarán o contactarán a mi representado para realizar el seguimiento respectivo del caso. Asimismo, autorizo al personal de salud designado por Cecimin S.A.S., para que, en el evento de estimarlo pertinente y de ser posible, mi caso o el caso de mi representado sea direccionado a mi aseguradora o a la aseguradora de mi representado, para que se inicie el manejo de atención integral que sea requerido.
9. Que independientemente del resultado de la prueba, me comprometo a continuar acatando de manera estricta las instrucciones y recomendaciones que me han sido brindadas para prevenir el riesgo de contagio de la COVID-19, relacionadas, entre otras, con las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de equipos de protección personal que me fueron indicados por el personal de salud.
10. Que el profesional de la salud me ha explicado que, además de los riesgos propios de la toma de la muestra que se me va a practicar o se le va a practicar a mi representado, en



CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO COVID-19 EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS, SIN ORDEN MÉDICA Y SIN FICHA EPIDEMIOLÓGICA
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-026 V1 31-01-2022

consideración a la pandemia ocasionada por la COVID-19, actualmente la permanencia en las instalaciones hospitalarias genera un riesgo de contagio de esta enfermedad, independientemente de que la IPS implemente, como lo ha venido realizando, todos los protocolos de bioseguridad en sus diferentes áreas y la adecuada utilización de los elementos de protección por parte del personal de salud, atendiendo los lineamientos que han dispuesto las autoridades competentes.

11. Declaro que autorizo al laboratorio Cecimin para la recolección y tratamiento de mis datos personales o los datos personales de mi representado, conforme a la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. Igualmente, entiendo que, con la finalidad de obtener información sobre el estado de salud de las personas que acuden a los centros de atención en salud en el marco de la COVID-19, los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y demás a que haya lugar.

Dejo constancia, con mi firma, que la información que he brindado corresponde a la realidad, que he comprendido la información que me ha sido suministrada, que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este documento y que al suscribirlo estoy dando mi consentimiento o el de la persona que represento, asumiendo los riesgos, complicaciones, beneficios, deberes y responsabilidades que me han sido explicados.

Firma del paciente o de la persona responsable _____

N° de documento _____ de _____

Parentesco: _____

* En caso de firma de persona distinta al paciente.

Nombre del profesional de la salud _____

Firma del profesional de la salud _____

CC: _____ Registro No.: _____

Cargo: _____