



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA
DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS
A TRAVÉS DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS VIRALES Y/O RT-PCR
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-024 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 ____
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 contesto el cuestionario que se plantea a continuación, siendo 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 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, congestión nasal, reducción o pérdida del
olfato o del gusto? SÍ NO

En caso de que Usted o la persona a quien represente presente alguno de los síntomas mencionados,
indique cuál(es) y la fecha 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

2. Que se me ha 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.

3. 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.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA
DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS
A TRAVÉS DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS VIRALES Y/O RT-PCR
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-024 V1 31-01-2022**

4. Que se me ha explicado que el análisis de la muestra podrá adelantarse a través de la prueba para la detección de antígenos virales, la cual identifica proteínas específicas del virus SARS-CoV-2, o, de la prueba RT-PCR que detecta la existencia de material genético perteneciente al virus SARS-CoV-2, y, que ambas deben estar precedidas de orden médica.
5. 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, en ciertos casos, puede presentar dificultades para la detección de proteínas o de material genético, según corresponda, situación que depende del mayor o menor tiempo de evolución de los síntomas que tengo o tiene mi representado, razón por la cual, dichas pruebas son un apoyo para diagnosticar la COVID-19.
6. Que se me ha informado que la interpretación de los resultados de cualquiera de las pruebas que se me practicará o que se le practicará a mi representado, deberá ser adelantada por un médico, por cuanto, pueden presentarse casos en los cuales tenga o mi representado tenga síntomas que den cuenta de alta sospecha de COVID-19, pero, el resultado de las pruebas para la detección del virus sea negativa, evento en el cual, será el médico quien determine la necesidad o no de realizar una nueva toma de muestra para ser examinada, quien analizará los resultados de la misma y quien ordenará las medidas de cuidado que deberé acatar o que deberá acatar mi representado.
7. 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 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.
8. 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. 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

Nº 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 _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA
DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNGEO Y SU ANÁLISIS
A TRAVÉS DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS VIRALES Y/O RT-PCR
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-024 V1 31-01-2022**

CC: _____ Registro No.: _____
Cargo: _____

DISENTIMIENTO:

En caso de no aceptar la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo y su posterior análisis a través de las pruebas encaminadas al apoyo diagnóstico de la COVID-19 y denominadas RT-PCR y/o de detección de antígenos virales, Usted puede firmar el siguiente disentimiento, en nombre propio o de la persona a quien representa.

Yo _____ identificado con CC ____ CE ____
Otro _____ N° _____ de _____, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando en nombre propio ____ o en representación de _____
(nombre del paciente) MANIFIESTO en forma LIBRE y VOLUNTARIA que no autorizo ser sometido o que mi representado sea sometido a la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo, la cual es necesaria para la aplicación de las pruebas encaminadas al apoyo diagnóstico de la COVID-19, denominadas RT-PCR y/o de detección de antígenos virales, asumiendo bajo mi responsabilidad las consecuencias de salud que puedan derivarse de esta decisión.

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: _____