

|  |  |   |
|--|--|---|
| <br><b>Evalúa Salud</b> IPS<br>Medicina laboral a otro nivel<br>www.evaluasalud.com.co | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN AUDITIVA (AUDIOMETRÍA)</b> | <b>CODIGO:</b><br><b>VERSION:</b><br><b>FECHA: 10</b><br><b>PAGINAS:</b> 1 de 3 |
|--|--|---|

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN AUDITIVA (AUDIOMETRÍA)

**Ciudad y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Evaluación:** ( ) Preingreso ( ) Periódica ( ) Egreso ( ) Otra: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA PACIENTE (TRABAJADORA):

- **Nombre Completo:** \_\_\_\_\_
- **Tipo y N° Documento:** \_\_\_\_\_
- **Empresa Contratante:** \_\_\_\_\_
- **Cargo (al que aspira o desempeña):** \_\_\_\_\_

### 1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Medir la capacidad auditiva (umbrales auditivos) del trabajador. Su **objetivo** es la detección temprana de hipoacusia (pérdida auditiva), como parte indispensable del Programa de Vigilancia Epidemiológica para **Ruido Ocupacional**.

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** que consiste en:

1. Ingresar a una cabina sonoamortiguada (aislada del ruido).
2. Colocarse unos audífonos o diadema.
3. Responder (levantando la mano) cada vez que escuche un tono (pitido) en alguno de los oídos, emitido por el equipo (Audiómetro).

### 3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

(Espacio para ser diligenciado por el personal de Evalúa Salud IPS)

[  ] **Audiometría Tonal (Tamizaje Ocupacional)**

| ELABORÓ  | REVISÓ   | APROBÓ   |
|--|--|--|
| <b>Nombre:</b> Gustavo Orozco Daza<br><b>Cargo:</b> Líder Gestión Clientes | <b>Nombre:</b> Doc. Liliana Pérez.<br><b>Cargo:</b> Líder Médico | <b>Nombre:</b> Dr. William Javier Morales.<br><b>Cargo:</b> Gerente General. |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <br><b>Evalúa Salud</b> L.P.S<br>Medicina laboral a otro nivel<br>www.evaluasalud.com.co | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA<br/>EVALUACIÓN<br/>(AUDIOMETRÍA)</b> | <b>CODIGO:</b><br><b>VERSION:</b><br><b>FECHA: 10</b><br><b>PAGINAS:</b> 2 de 3 |
|--|---|---|

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente la pérdida de audición, antes de que se vuelva incapacitante.
- Prevenir la sordera profesional.
- Verificar la efectividad de las medidas de control de ruido y el uso de Elementos de Protección Personal (EPP) auditivos.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento es **no invasivo** y no implica ningún riesgo físico.

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Para que la prueba sea válida, es **indispensable** contar con **Reposo Auditivo** (no estar expuesto a ruido fuerte) de al menos 12 horas antes del examen. Por favor, informe al profesional si tuvo o no este reposo, o si presenta dolor, infección o supuración en el oído.

#### 7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

La alternativa a este procedimiento es el **Rechazo**.

#### 8. NORMATIVIDAD Y CONFIDENCIALIDAD (ACTUALIZACIÓN RES. 1843 DE 2025)

Le garantizamos la **confidencialidad absoluta** de sus resultados (según lo manda la **Res. 1843 de 2025**). El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos. Solo recibirá el Certificado del concepto médico ocupacional.

#### 9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con C.C. \_\_\_\_\_, certifico que:

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento. Me han sido resueltas mis dudas e inquietudes, **por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):**

**ACEPTO**

Que se me realice la Audiometría.

**RECHAZO**

Que se me realice la Audiometría.

| ELABORÓ  | REVISÓ   | APROBÓ   |
|--|--|--|
| <b>Nombre:</b> Gustavo Orozco Daza<br><b>Cargo:</b> Líder Gestión Clientes | <b>Nombre:</b> Doc. Liliana Pérez.<br><b>Cargo:</b> Líder Médico | <b>Nombre:</b> Dr. William Javier Morales.<br><b>Cargo:</b> Gerente General. |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <br><b>Evalúa Salud</b> IPS<br>Medicina laboral a otro nivel<br>www.evaluasalud.com.co | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA<br/>EVALUACIÓN<br/>(AUDIOMETRÍA)</b> | <b>CODIGO:</b><br><b>VERSION:</b><br><b>FECHA: 10</b><br><b>PAGINAS:</b> 3 de 3 |
|--|---|---|

**Nota Profesional:** Comprendo que el rechazo a la toma de esta prueba, la cual ha sido definida por mi empleador como un **control indispensable** basado en la matriz de riesgos del cargo (Decreto 1072/2015, Exposición a Ruido), **impide que el proceso de evaluación de aptitud laboral pueda completarse**. Declaro entender que, al desconocerse datos críticos de SST, **Evalúa Salud IPS** no podrá continuar con el proceso de certificación de aptitud para la función específica, y el Médico Especialista deberá registrar este rechazo.

---

**PARA SER DILIGENCIADO POR EL/LA PACIENTE (TRABAJADOR/A):**

Firma: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

**PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

Firma: \_\_\_\_\_ Registro Profesional: \_\_\_\_\_

| ELABORÓ  | REVISÓ   | APROBÓ   |
|--|--|--|
| <b>Nombre:</b> Gustavo Orozco Daza<br><b>Cargo:</b> Líder Gestión Clientes | <b>Nombre:</b> Doc. Liliana Pérez.<br><b>Cargo:</b> Líder Médico | <b>Nombre:</b> Dr. William Javier Morales.<br><b>Cargo:</b> Gerente General. |