

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÁMENES DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
**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**

Obtener muestras biológicas (uñas, garganta, materia fecal) para cumplir con la normatividad sanitaria de **Salud Pública** (Resolución 2674 de 2013), con el fin de prevenir Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAs).

El **objetivo** es verificar que el manipulador no es portador de microorganismos (hongos o parásitos) que puedan contaminar los alimentos y afectar la salud de los consumidores.

**2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Se tomarán las siguientes muestras, según lo definido por el perfil sanitario de su cargo:

1. **Frotis de Garganta:** Se frota suavemente un hisopo (copito) en la garganta.
2. **KOH de Uñas:** Se raspa una pequeña muestra de la superficie de las uñas.
3. **Coprológico:** Se le entregará un recipiente estéril e instrucciones para que deposite una muestra de materia fecal.

**3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO**

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

El profesional de la salud certifica que las pruebas específicas a tomar, según el perfil de riesgo sanitario, son:

[ ] **Frotis de Garganta** (Detección de hongos) [ ] **KOH de Uñas** (Detección de hongos) [ ] **Coprológico** (Detección de parásitos)

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

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÁMENES DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS:</b> 2 de 3

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Cumplir con los requisitos legales para desempeñar el cargo de manipulador de alimentos.
- Prevenir la transmisión de enfermedades a la comunidad.
- Si se detecta alguna condición, recibir orientación para el tratamiento.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Estos procedimientos son **no invasivos** y no representan riesgos significativos. Puede sentir una leve molestia momentánea durante la toma del frotis de garganta.

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Para la muestra de Coprológico, siga estrictamente las instrucciones de recolección para no contaminar la muestra y asegurar un resultado confiable.

#### 7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

La alternativa a este procedimiento es el **Rechazo**. Si requiere mayor información, solicite asesoría del profesional de la salud de **Evalúa Salud IPS**.

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

Le garantizamos la confidencialidad de sus resultados: Res. 1843/2025). Sin embargo, en cumplimiento de la normatividad sanitaria (Res. 2674/2013), si un resultado indica que usted es portador de una enfermedad transmisible por alimentos, el Médico Ocupacional **debe** emitir un concepto de "aplazamiento temporal (**NO SE PUEDE LA PALABRA No Apto Temporalmente**)" para esa función, e indicarle el tratamiento a seguir.

#### 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):**
2. Comprendo que estas pruebas son un requisito de Salud Pública.


**Por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):**

☐ **ACEPTO**

Que se me realice la toma de muestras para Manipulación de Alimentos marcadas en el Numeral 3.

☐ **RECHAZO**

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

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÁMENES DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS:</b> 3 de 3

Que se me realice la toma de muestras para Manipulación de Alimentos.

**Nota Profesional:** Comprendo que el rechazo a la toma de esta muestra, la cual ha sido definida por mi empleador como un **control indispensable** basado en la matriz de riesgos y requisitos sanitarios del cargo (Res. 2674/2013), **impide que el proceso de evaluación de aptitud laboral pueda completarse**. Declaro entender que, al desconocerse datos críticos de Salud Pública, **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 LA PACIENTE (TRABAJADORA):**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

**PARA SER DILIGENCIADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD (Quien explica):**

Certifico que he explicado la información contenida en este documento a la paciente/trabajador y he resuelto sus dudas.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

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