	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE (LABORATORIO CLÍNICO)</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 1 de 3</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE (LABORATORIO CLÍNICO).

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

Este es un procedimiento para obtener una muestra de sangre (venopunción) con el fin de realizar exámenes de laboratorio clínico.

En el contexto de la medicina laboral, su **objetivo** es monitorear el estado de salud general del trabajador y servir como herramienta de vigilancia epidemiológica para detectar alteraciones tempranas asociadas a la exposición a riesgos laborales (ej. riesgo químico, cardiovascular, etc.).

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La sangre se extrae de una vena del brazo o, excepcionalmente, del dorso de la mano, empleando dispositivos estériles y desechables. La cantidad extraída es la mínima requerida y no tendrá un efecto negativo en su salud.

En caso de que la punción no sea exitosa (ej. no se ubicó la vena), es posible que se requiera una segunda venopunción. Si usted no desea que se le repita, puede manifestarlo.


### 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 del cargo y con la autorización del trabajador, son las siguientes:

[ ] Glicemia [ ] Perfil Lipídico (Colesterol y Triglicéridos) [ ] Cuadro Hemático [ ] Hemoclasificación (Grupo Sanguíneo y RH) [ ] Creatinina / BUN (Función Renal) [ ] Transaminasas TGO/TGP (Función Hepática) [ ] TSH (Función Tiroidea) [ ] **Otros:** \_\_\_\_\_

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 TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE (LABORATORIO CLÍNICO)</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 2 de 3</b>

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Los resultados le permiten al Médico Especialista en Salud Ocupacional de **Evalúa Salud IPS** contar con información objetiva para:

- Detectar condiciones de salud que puedan verse afectadas por el trabajo.
- Prevenir enfermedades laborales y monitorear su estado de salud general.
- Emitir el concepto de aptitud laboral.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO (VENOPUNCIÓN)

- **Riesgos más frecuentes:**
  - Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja.
  - Hematomas (morados) pequeños que mejoran espontáneamente.
  - Náusea, vómito o desmayo (poco frecuentes).
  - Sangrado más prolongado de lo esperado (especialmente si toma anticoagulantes).
- **Riesgos particulares (infrecuentes):**
  - Hematomas extensos, dolor intenso tipo "corrientazo", o infección en el sitio de punción. Si presenta alguno, debe comunicarse con nosotros.

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Por favor informe a nuestro personal si usted: tiene trastorno de la sensibilidad en un brazo, le realizan hemodiálisis, le han realizado una mastectomía (cirugía de seno) e indique de qué lado, o si toma anticoagulantes (Aspirina, Warfarina, etc.).

#### 7. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES


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

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

En cumplimiento de la Resolución 2346 de 2007, la Ley 1581 de 2012 y la **Resolución 1843 de 2025**, **Evalúa Salud IPS** le garantiza:

- **CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA:** El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos o resultados específicos (ej. "Glicemia alta"). Solo recibirá el Certificado de Aptitud Laboral

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 TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE (LABORATORIO CLÍNICO)</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 3 de 3</b>

## 9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

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

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento.
2. Se me ha explicado la finalidad (SST), los beneficios y los riesgos.
3. Comprendo y se me ha garantizado la **confidencialidad** de mis resultados.

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

☐ **ACEPTO**

Que se me realice la toma de muestra de sangre para los laboratorios marcados en el Numeral 3.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la toma de muestra de sangre.

**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 del cargo (Decreto 1072/2015), **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 y sus implicaciones en el concepto final.

### 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.