

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA (PARCIAL DE ORINA)

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 una muestra de orina para realizar un análisis (Uroanálisis), con el fin de evaluar la función renal y detectar posibles infecciones o alteraciones metabólicas, en el marco de la vigilancia epidemiológica de SST.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se le entregará un recipiente estéril e instrucciones para que deposite una muestra de orina, siguiendo las instrucciones de asepsia del personal.

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

[] **Parcial de Orina (Uroanálisis)**

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente signos de infección urinaria, problemas renales o diabetes.
- Contar con información para el concepto de aptitud laboral.

5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Es importante tomar la "primera orina de la mañana" (si es posible) y desechar la primera parte del chorro, para asegurar una muestra limpia y confiable.

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 (Res. 2346/2007, Res. 1843/2025). El empleador **NUNCA** conocerá sus diagnósticos. Solo recibirá el Certificado de Aptitud Laboral.

9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, _____, identificado con C.C. _____, certifico que:

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento.
2. 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 para Parcial de Orina.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la toma de muestra para Parcial de Orina.

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.

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

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
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.