	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 1 de 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)

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 u orina) con el fin de detectar la presencia de Sustancias Psicoactivas (SPAs) o sus metabolitos.

En el contexto de la medicina laboral, su **objetivo único y exclusivo** es **preventivo y de seguridad**. La prueba se justifica únicamente porque el cargo a desempeñar es considerado de **alto riesgo** (ej. conducción de vehículos, operación de maquinaria pesada, trabajo en alturas, porte de armas, etc.), donde los efectos de estas sustancias (alteración de la percepción, coordinación y juicio) representan un peligro inminente para su integridad física y la de terceros.


Esta prueba **NO** busca investigar sus hábitos personales ni su vida privada (Art. 16, Constitución de Colombia).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La prueba se puede realizar de dos maneras, empleando siempre dispositivos estériles y desechables, y siguiendo un estricto protocolo de **Cadena de Custodia** para garantizar la integridad de la muestra:

1. **Muestra de Sangre (Venopunción):** La sangre se extrae de una vena del brazo.
2. **Muestra de Orina:** Se le entregará un recipiente estéril para que deposite una muestra de orina, bajo instrucciones del personal.

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.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 2 de 4

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

(Espacio para ser diligenciado por el personal de Evalúa Salud IPS al momento de la toma)

El profesional de la salud certifica que la prueba específica a tomar, según el perfil de riesgo del cargo y con la autorización del trabajador, es la siguiente:

A. TIPO DE MUESTRA: ☐ ORINA ☐ SANGRE (Venopunción)

B. TIPO DE PANEL (Sustancias a detectar): ☐ PANEL 2. ☐ PANEL 5. ☐ PANEL 8

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Verificar que usted se encuentra en plenas condiciones de aptitud para ejecutar tareas de alto riesgo.
- Prevenir accidentes de trabajo graves o mortales.
- Emitir el concepto de aptitud laboral, protegiendo su salud y la seguridad de sus compañeros.


5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Para muestra de Orina: No implica ningún riesgo físico.

Para muestra de Sangre (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.

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.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 3 de 4

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO (PARA VENOPUNCIÓN)

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**. Usted está en su derecho de no autorizar la toma de la prueba. 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 Ley 1581 de 2012 y la **Resolución 1843 de 2025**, **Evalúa Salud IPS** le garantiza:

1. **FINALIDAD ÚNICA (SST):** Su realización solo se justifica por la existencia de riesgos de seguridad críticos e identificados en la matriz de peligros de su cargo.
2. **CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA:** El empleador conocerá el resultado específico de esta prueba (Positivo o Negativo). Solo cuando éste tenga activo y vigente el programa de alcohol y drogas de la entidad.

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 de forma clara la finalidad (SST y prevención de accidentes), el procedimiento (incluyendo el tipo de muestra y panel detallado en el Numeral 3), los beneficios y los riesgos.
3. Comprendo y se me ha garantizado la **confidencialidad** de mi resultado.
4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido resueltas.

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


☐ **ACEPTO**

Que se me realice la prueba de detección de Sustancias Psicoactivas (SPAs) **según lo detallado en el Numeral 3 de este documento.**

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la prueba de detección de Sustancias Psicoactivas (SPAs).

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.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 4 de 4

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: _____ 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: _____ Registro Profesional: _____

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.