

 <b>Evalúa Salud</b> IPS Medicina laboral a otro nivel <a href="http://www.evaluasalud.com.co">www.evaluasalud.com.co</a>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE VOZ</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 1 de 3
--	--	---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE VOZ

**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

Realizar una evaluación cualitativa de la voz. Su **objetivo** es la detección temprana de fatiga vocal (disfonía), como parte del Programa de Vigilancia Epidemiológica para trabajadores con alta **demandas vocales** (ej. docentes, servicio al cliente, call center).

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** realizada por una Fonoaudióloga, que puede incluir:

1. Entrevista sobre hábitos vocales.
2. Sostenimiento de vocales (ej. "aaaaa...").
3. Lectura de un texto estandarizado.

### 3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

[  ] **Tamizaje de Voz Ocupacional**

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>Evalúa Salud</b> L.P.S. Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE VOZ</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 2 de 3
---	--	---

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente signos de patología vocal (nódulos, pólipos).
- Prevenir la disfonía ocupacional.
- Recibir recomendaciones sobre higiene vocal y técnicas de proyección de la voz.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Informe al profesional si presenta tos, alergias respiratorias activas o "ronquera" (disfonía) el día de la prueba.

#### 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 mandata la **Res. 1843 de 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.

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

**ACEPTO**

Que se me realice el Tamizaje de Voz.

**RECHAZO**

Que se me realice el Tamizaje de Voz.

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>Evalúa Salud</b> IPS Medicina laboral a otro nivel <a href="http://www.evaluasalud.com.co">www.evaluasalud.com.co</a>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE VOZ</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <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, Demanda Vocal), **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 LA PACIENTE (TRABAJADORA):**

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

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

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

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.