

 Evalúa Salud L.P.S. Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE EMBARAZO (GONADOTROPINA CORÓNICA BETA - BHCG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 1 de 3
---	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE EMBARAZO (GONADOTROPINA CORÓNICA BETA - BHCG)

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 hormona Gonadotropina Coriónica Humana (BHCG), indicativa de embarazo.

En el contexto de la medicina ocupacional, su **objetivo único y exclusivo** es preventivo: proteger la salud de la trabajadora y del feto ante riesgos ocupacionales específicos (ej. exposición a radiaciones ionizantes, agentes químicos teratogénicos, etc.), en estricto cumplimiento del SG-SST y la Resolución 1843 de 2025.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La prueba se realiza empleando siempre dispositivos estériles y desechables:

Muestra de Sangre (Venopunción): La sangre se extrae de una vena del brazo o, excepcionalmente, del dorso de la mano.

En caso de que la punción en sangre no sea exitosa, es posible que se requiera una segunda venopunción. Si usted no desea que se le repita, puede manifestarlo.

3. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Los resultados le permiten al Médico Especialista en Salud Ocupacional de **Evalúa Salud IPS**:

- Identificar un posible estado de embarazo temprano.
- Emitir **recomendaciones de protección** (ej. reubicación, adaptación del puesto) para evitar su exposición y la del feto a los riesgos laborales identificados en la matriz de peligros de su cargo.

4. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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.

 Evalúa Salud IPS Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE EMBARAZO (GONADOTROPINA CORÓNICA BETA - BHCG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 2 de 3
--	--	---

Los riesgos están asociados a la toma de muestra de sangre (venopunción).

Riesgos más frecuentes (para venopunción):

- Leve dolor y ardor en el sitio de inserción.
- Hematomas (morados) pequeños.
- Náusea, vómito o desmayo (poco frecuentes).
- Sangrado más prolongado de lo esperado (especialmente si toma anticoagulantes).

Riesgos particulares (infrecuentes, para venopunción):

- Hematomas extensos, dolor intenso tipo "corrientazo", o infección en el sitio de punción. Si presenta alguno, debe comunicarse con nosotros.

5. 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, o toma anticoagulantes.

6. 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.

7. 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. **PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN:** Esta prueba **NO** puede ser utilizada como requisito de contratación, ascenso, permanencia o despido.
2. **FINALIDAD ÚNICA (SST):** Su realización solo se justifica por la existencia de riesgos ocupacionales reales en su cargo.
3. **CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA:** El empleador **NUNCA** conocerá el resultado de esta prueba. Solo recibirá el Certificado de Aptitud Laboral.

8. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

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

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento.

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.

 Evalúa Salud IPS Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE EMBARAZO (GONADOTROPINA CORÓNICA BETA - BHCG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 3 de 3
--	--	---

2. Se me ha explicado la finalidad (SST), el procedimiento, los beneficios y los riesgos.
3. Comprendo y se me ha garantizado la **confidencialidad** de mi resultado y la **prohibición de uso discriminatorio**.
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 embarazo (BHCG).

RECHAZO

Que se me realice la prueba de embarazo (BHCG).

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

Certifico que he explicado la información contenida en este documento a la paciente 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.