

 <b>Evalúa Salud</b> L.P.S. Medicina laboral a otro nivel <a href="http://www.evaluasalud.com.co">www.evaluasalud.com.co</a>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 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
<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 www.evaluasalud.com.co	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 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
<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 www.evaluasalud.com.co	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 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
<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 PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPAs)</b>	<b>CODIGO:</b> <b>VERSION:</b> <b>FECHA: 10</b> <b>PAGINAS:</b> 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
<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.