

 Evalúa Salud IPS Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 1 de 3
--	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)

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

Registrar la actividad eléctrica del corazón en reposo. Su **objetivo** es la detección de arritmias, signos de isquemia u otras patologías cardíacas que puedan representar un riesgo para el trabajador en **tareas de alto riesgo** (ej. trabajo en alturas, espacios confinados, riesgo eléctrico, brigadistas, alta demanda física), así como para las atenciones de los programas de seguimiento o riesgo cardiovascular.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** y rápida. Usted se acuesta en una camilla, y el personal de salud coloca pequeños parches (electrodos) en su pecho, brazos y piernas. Estos electrodos se conectan a una máquina (Electrocardiógrafo) que registra el ritmo cardíaco.

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

[] **Electrocardiograma (EKG) de Reposo**

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 L.P.S. Medicina laboral a otro nivel www.evaluasalud.com.co	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 2 de 3
---	---	---

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar condiciones cardíacas (muchas veces silenciosas) que podrían causar un evento súbito (desmayo, infarto) durante una tarea de alto riesgo.
- Prevenir accidentes de trabajo graves o mortales.
- Establecer la aptitud cardiovascular para el cargo.

5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento es **no invasivo** y no implica ningún riesgo físico. La máquina **registra** la electricidad de su cuerpo; **no administra** electricidad.

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Informe al personal si tiene alguna condición cardíaca conocida o si toma medicamentos para el corazón. La piel de su pecho debe estar limpia y seca (es posible que se requiera rasurar pequeñas áreas de vello para que los electrodos peguen bien).

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 del concepto médico ocupacional.

9. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

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

1. He leído y comprendido la totalidad de este documento, me han sido resueltas mis dudas e inquietudes, **Por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):**

ACEPTO

Que se me realice el Electrocardiograma (EKG).

RECHAZO

Que se me realice el Electrocardiograma (EKG).

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 ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	CODIGO: VERSION: FECHA: 10 PAGINAS: 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, Tareas de Alto Riesgo Cardiovascular), **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 EL/LA PACIENTE (TRABAJADOR/A):

Firma: _____ C.C.: _____

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

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.