	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE VOZ	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 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 **demanda vocal** (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
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 TAMIZAJE DE VOZ	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 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
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 TAMIZAJE DE VOZ	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, 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
Nombre: Gustavo Orozco Daza Cargo: Líder Gestión Clientes	Nombre: Doc. Liliana Pérez. Cargo: Líder Médico	Nombre: Dr. William Javier Morales. Cargo: Gerente General.