	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN AUDITIVA (AUDIOMETRÍA)</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS: 1 de 3</b>

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN AUDITIVA (AUDIOMETRÍA)

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

Medir la capacidad auditiva (umbrales auditivos) del trabajador. Su **objetivo** es la detección temprana de hipoacusia (pérdida auditiva), como parte indispensable del Programa de Vigilancia Epidemiológica para **Ruido Ocupacional**.

#### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es una prueba **no invasiva** que consiste en:


1. Ingresar a una cabina sonoamortiguada (aislada del ruido).
2. Colocarse unos audífonos o diadema.
3. Responder (levantando la mano) cada vez que escuche un tono (pitido) en alguno de los oídos, emitido por el equipo (Audiómetro).

#### 3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

[ ] **Audiometría Tonal (Tamizaje 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>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN (AUDIOMETRÍA)</b>	<b>CODIGO:</b>
		<b>VERSION:</b>
		<b>FECHA: 10</b>
		<b>PAGINAS:</b> 2 de 3

#### 4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente la pérdida de audición, antes de que se vuelva incapacitante.
- Prevenir la sordera profesional.
- Verificar la efectividad de las medidas de control de ruido y el uso de Elementos de Protección Personal (EPP) auditivos.

#### 5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

#### 6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Para que la prueba sea válida, es **indispensable** contar con **Reposo Auditivo** (no estar expuesto a ruido fuerte) de al menos 12 horas antes del examen. Por favor, informe al profesional si tuvo o no este reposo, o si presenta dolor, infección o supuración en el oído.

#### 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 la Audiometría.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la Audiometría.

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>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN (AUDIOMETRÍA)</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, Exposición a Ruido), **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**

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.