	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE FUNCIÓN PULMONAR (ESPIROMETRÍA)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 1 de 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE FUNCIÓN PULMONAR (ESPIROMETRÍA)

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 funcional de sus pulmones (cuánto aire puede mover y con qué velocidad). Su **objetivo** es la detección temprana de alteraciones pulmonares, como parte indispensable del Programa de Vigilancia Epidemiológica para **Riesgo Respiratorio** (exposición a polvos, humos, gases, vapores).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Es una prueba de esfuerzo respiratorio. Se le pedirá que tome la máxima cantidad de aire posible y luego sople (exhale) con toda su fuerza y velocidad a través de una boquilla conectada a un equipo (Espirómetro). Esta maniobra se repite varias veces.

3. DETALLES DEL PROCEDIMIENTO AUTORIZADO

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

[] **Espirometría Ocupacional (Pre-Broncodilatador)**

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 PRUEBA DE FUNCIÓN PULMONAR (ESPIROMETRÍA)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 2 de 3

4. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

- Detectar tempranamente enfermedades como EPOC, asma o restricción pulmonar.
- Prevenir enfermedades laborales respiratorias (ej. neumoconiosis).
- Verificar la efectividad de las medidas de control y el uso de Elementos de Protección Personal (EPP) respiratorios.

5. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento requiere un esfuerzo físico. Los riesgos son **poco frecuentes**, pero pueden incluir:

- Mareo o aturdimiento temporal.
- Tos.
- Dolor de cabeza.
- (Muy raramente) Broncoespasmo en pacientes asmáticos sensibles.

6. PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Es vital que informe al personal si ha tenido: cirugía reciente de tórax o abdomen, cirugía ocular reciente, infarto o angina de pecho reciente, aneurisma conocido, o si tiene gripe o tos intensa el día de hoy. **No debe fumar ni usar inhaladores (broncodilatadores)** al menos 4 horas antes 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 los beneficios y los riesgos (poco frecuentes) de la prueba.

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 PRUEBA DE FUNCIÓN PULMONAR (ESPIROMETRÍA)	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA: 10
		PAGINAS: 3 de 3

Por lo tanto, de manera libre y consciente, decido (MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):

☐ **ACEPTO**

Que se me realice la Espirometría.

☐ **RECHAZO**

Que se me realice la Espirometría.

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 Material Particulado/Químicos), **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.