

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA COVID-19

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo para realizarse la prueba para detectar antígeno viral o la prueba de RT-PCR para COVID(SARS-CoV2)

- Las pruebas actuales de RT-PCR para Covid-19 y detección de antígeno, pueden tener resultados falsos positivos o falsos negativos, por lo tanto, su interpretación debe hacerse dentro del contexto clínico, epidemiológico y por un médico capacitado.
- La prueba de RT- PCR detecta fracciones del genoma del virus y es la mejor prueba diagnóstica para una infección activa por el virus SARS-CoV-2. Tiene un mejor desempeño cuando se realiza durante los primeros 10 días después del comienzo de los síntomas.
- La prueba de detección de antígenos detecta proteínas del virus; esta prueba presenta un mejor desempeño cuando se realiza en los primeros 11 días después de la aparición de síntomas.

Riesgos en la toma de muestras: La toma de muestra genera molestias, por favor siga las instrucciones para que las molestias sean las mínimas posibles.

Beneficios de la prueba: **Detección temprana de la infección:** Permite identificar si tienes COVID-19, incluso si no presentas síntomas, lo que ayuda a tomar decisiones rápidas sobre aislamiento y tratamiento. **Prevención del contagio a otras personas:** Saber si estás infectado te permite evitar el contacto con personas vulnerables (adultos mayores, personas inmunocomprometidas, etc.) y reducir la propagación del virus. **Guía para el tratamiento adecuado:** Un diagnóstico oportuno permite que los profesionales de salud te orienten sobre el manejo de síntomas o el uso de antivirales si es necesario. **Monitoreo de brotes en comunidades o lugares de trabajo:** Las pruebas ayudan a detectar y controlar brotes en entornos como escuelas, empresas o centros de salud.

Alternativas de la prueba: **Prueba de anticuerpos:** Detecta: Anticuerpos generados por el cuerpo tras la infección o vacunación - Indica si tuviste COVID-19 en el pasado.

Primer nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
sexo: F M Edad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Tipo de documento: C.C C.E R.C T.I P.A

Número de Documento _____

Aseguradora o EPS _____ Régimen: Contributivo Subsidiado: Especial:

Es trabajador de la salud: Si No

Ha tenido contacto en los últimos 14 días con paciente confirmado para COVID-19: SI No

Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos: Asma EPOC

Diabetes VIH Enfermedad cardiaca Cáncer Obesidad

Desnutrición Insuficiencia renal Toma medicamentos inmunosupresores

Fuma Otro Cual? _____

Yo _____ declaro que he sido enterada del contenido del presente documento, lo he comprendido y estando de acuerdo con él, SI _____ NO (disentimiento) _____ doy mi consentimiento para la realización de la prueba para detección de SARS COV-2.

Firma _____ CC _____

Fecha _____

Menores de 14 años y/o paciente con discapacidad para comprender la información y/o para firmar:

Yo _____ actuando según lo establecido por la ley, como responsable de _____ declaro que he sido enterado(a) del contenido del presente documento, lo he comprendido y estando de acuerdo en él, SI _____ NO (disentimiento) _____ doy mi consentimiento la realización de la prueba para detección de SARS COV-2.

Firma _____ CC _____

Fecha _____

Consentimiento para realizar investigación:

Declaro mi consentimiento para que mis muestras clínicas puedan ser almacenadas y utilizadas en el futuro con el fin de investigar, desarrollar y evaluar nuevas pruebas, y para estudios epidemiológicos conducentes a encontrar nuevos diagnósticos y tratamientos.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula: _____

Profesional que informa: _____ Fecha _____

Auxiliar o profesional que toma la muestra _____ Fecha _____

Modificación	Fecha	Versión
Se adiciona consentimiento para investigaciones	2020-08-19	01
Se adiciona la prueba ID NOW COVID 19	2021-03-11	02
Se retira indicaciones para anticuerpos totales y se adiciona indicaciones para Ig G	2021-06-03	03
Se retira prueba de anticuerpos y prueba de IDNOW, se adiciona riesgos.	2023-09-30	04
Se adicionan los beneficios y alternativas de la prueba. Se modifica el consentimiento para menores de edad por menores de 14 años.	2025-08-04	05