

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZACION DE PRUEBA DE EMBARAZO

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 prueba de embarazo.

Nombre del paciente: _____ sexo: F ____ M ____
Edad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

En esta prueba lo que se determina es la presencia de la hormona gonadotropina coriónica que se produce después de la fertilización, cuando la mujer está embarazada.

Un resultado NEGATIVO obtenido en una muestra de una mujer en una etapa muy temprana del embarazo puede deberse a una concentración muy baja de la hormona, en este caso es necesario obtener una nueva muestra cinco días después.

Para evitar falsos negativos lo ideal sería realizar la prueba con mínimo cinco días de atraso del periodo menstrual.

Riesgos en la toma de muestras: Si la prueba se va a realizar en sangre al puncionar la vena se puede presentar eritema en el sitio de venopunción, dolor en la fosa ante cubital y hematoma, por favor siga las instrucciones que le va a dar el personal que va a tomar la muestra para evitar estos riesgos.

Beneficios de la prueba: **Detección temprana:** Permite saber si estás embarazada en las primeras semanas, lo que es fundamental para cuidar tu salud y la del bebé desde el inicio. **Toma de decisiones informadas:** Conocer el resultado te ayuda a planificar y tomar decisiones sobre tu salud, estilo de vida y atención médica. **Acceso a atención médica oportuna:** Si la prueba es positiva, puedes comenzar a recibir atención prenatal lo antes posible, lo que favorece un embarazo saludable.

Alternativas de la prueba: **Ultrasonido transvaginal:** Aunque generalmente se realiza después de que la prueba de embarazo es positiva, puede detectar un embarazo en etapas tempranas, aproximadamente a partir de las 5-6 semanas, permitiendo ver el saco gestacional y el latido del corazón.

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ 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 de embarazo.

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 para el análisis de prueba de embarazo.

Firma _____

CC _____

Fecha _____

Profesional que informa: _____ Fecha _____

Auxiliar o profesional que toma la muestra: _____ Fecha _____

Modificación	Versión	Fecha
Se adiciona el disentimiento y el espacio para menores de edad.	01	Diciembre-2022
Se adiciona riesgo, profesional que informa y auxiliar o profesional que toma la muestra.	02	Septiembre-2023
Se adiciona beneficios de la prueba y alternativas. Se modifica el consentimiento informado para menores de edad por menores de 14 años.	03	Agosto 2025