**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable:** Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

Una vez conocido, explicado y entendido el procedimiento, quien requiere el servicio, aceptará y firmará este documento, aclarando que el objetivo de éste es el mejoramiento de su calidad de vida, pero que si en algún momento del manejo establecido el usuario desea no continuar o no aceptar algún o todos los tratamientos propuestos está en libertad de solicitarlo.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que he leído (o que se me ha leído) el documento de consentimiento informado, el cual contiene información sobre el propósito, los beneficios, los posibles riesgos y las contraindicaciones del procedimiento. Declaro que he comprendido su contenido y que he tenido la oportunidad de resolver todas mis dudas con el personal del servicio.

1. Con mi firma, autorizo la realización del procedimiento para la toma de muestras necesarias para los exámenes solicitados por el médico tratante. Asimismo, manifiesto que he sido debidamente informado, o en caso de actuar como acudiente, que he recibido la información necesaria en representación de la persona bajo mi cuidado, conforme a lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica.
2. **QUE ES EL FROTIS VAGINAL**

El frotis vaginal es un procedimiento sencillo mediante el cual se toma una muestra de secreción del interior de la vagina utilizando un hisopo o espátula estéril. Esta muestra se analiza en el laboratorio con el fin de identificar infecciones, alteraciones celulares u otros cambios que puedan afectar la salud ginecológica.

1. **CUALES SON LOS BENEFICIOS**

El frotis vaginal ofrece diversos beneficios, entre ellos:

* Permite detectar infecciones vaginales como hongos, bacterias o parásitos.
* Contribuye al diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual.
* Ayuda a identificar cambios celulares anormales que pueden estar relacionados con cáncer u otras patologías.
* Facilita el seguimiento de tratamientos ginecológicos.
* Es un procedimiento rápido, sencillo y de bajo costo.

1. **CUALES SON LOS POSIBLES RIESGOS**

Aunque el frotis vaginal es generalmente seguro, puede presentar algunos riesgos o molestias como:

* Leve molestia o incomodidad durante la toma de la muestra.
* Sensación de ardor o ligero sangrado posterior al procedimiento, especialmente si hay inflamación previa.
* Posibilidad muy baja de infección si no se siguen las medidas de asepsia adecuadas.
* Ansiedad o incomodidad emocional por la naturaleza íntima del examen.

1. **CUÁLES SON LAS POSIBLES CONTRAINDICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR**

El frotis vaginal es un procedimiento de bajo riesgo, pero podría estar contraindicado en las siguientes situaciones clínicas:

* Himen íntegro en pacientes que no han iniciado relaciones sexuales, ya que la toma puede causar dolor o lesión y requiere valoración médica previa.
* Hemorragia vaginal intensa que impida la adecuada visualización y recolección de la muestra.
* Presencia de trauma reciente o abuso sexual en investigación, donde la toma de muestra debe ser valorada por un equipo especializado.
* Cirugías ginecológicas recientes, donde se debe esperar el tiempo adecuado de recuperación antes de hacer manipulaciones vaginales.
* Condiciones anatómicas que impidan el acceso vaginal seguro (estenosis severa, malformaciones, etc.).
* Rechazo explícito de la paciente al procedimiento, ya que debe ser siempre voluntario y con consentimiento informado.

1. **CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS**

Dependiendo del motivo de la toma, las siguientes pueden considerarse alternativas al frotis vaginal:

* Examen clínico ginecológico sin toma de muestra.
* Pruebas de orina específicas para detectar infecciones urinarias o algunas ETS.
* Pruebas moleculares (PCR u otras) a partir de muestras no invasivas, si están disponibles.
* Seguimiento de signos y síntomas clínicos, en lugar de toma de muestra inmediata.

1. **IMPLICACIONES DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO**

Si decide no realizarse el frotis vaginal, podrían presentarse las siguientes consecuencias:

* Dificultad para identificar oportunamente una infección o alteración ginecológica.
* Posibilidad de retraso en el diagnóstico o tratamiento adecuado.
* Riesgo de progresión de enfermedades no tratadas.
* Limitación en el control o seguimiento de condiciones previamente diagnosticadas.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado(a) de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

**Autorizo la realización del procedimiento de toma de muestra para frotis vaginal con fines diagnósticos, según la indicación médica: SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen la administración de medicamentos | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El profesional me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve el procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es) y el personal auxiliar que el(ella) precisen le realicen este procedimiento.