**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE DE ANEMIA EN GESTANTES**

**CONTRATO 0987 DE 2018 – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL – ESE SOLUCIÓN SALUD**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_, identificada con documento de identidad tipo \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE Solución Salud, para que me sea tomada una muestra de sangre con destino al estudio de tamizaje de anemia para la Ejecución del contrato N° 0987 con la Secretaría de Salud Departamental.

Certifico que me han explicado que me tomarán muestra de sangre venosa para realizar análisis de hematocrito y hemoglobina y establecer si presento anemia.

Que dichos resultados serán entregados a la Secretaría de Salud Departamental.

Igualmente me explican que, si presento valores compatibles con anemia, seré canalizada hacia la consulta médica por consulta externa de mi IPS de primer nivel.

Me explican que es posible que requieran una segunda muestra si es necesario verificar los resultados, para lo cual se contactarán conmigo al número de contacto que he registrado en el formato FR-LAB-32.

Certifico que me han explicado que puedo presentar molestias normales en el sitio de la punción luego de la toma de muestra, pero si éstas persisten, puedo acudir al puesto o centro de salud para que sea revisado.

Además que de todas maneras siempre se realizará una buena desinfección del área de punción y se usarán elementos completamente desechables en la toma de muestras.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y cédula del responsable de la gestante

MUNICIPIO DE TOMA DE MUESTRA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_