**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16). Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con tipo de documento\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de paciente o en calidad de acudiente y/o representante legal \_\_\_\_ del paciente; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado (a) con tipo de documento\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que:

1. El profesional tratante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y sus Ayudantes / asistentes realicen en mi persona el procedimiento elegido llamado: aspirado nasofaríngeo o Hisopado Nasofaringeo.
2. Me han explicado, he leído la información proporcionada o me ha sido leída y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza, propósitos y beneficios como***: Es un examen con el que se analiza una muestra de las secreciones de la parte superior de la garganta, por detrás de la nariz, para detectar organismos que puedan causar infección respiratoria aguda, frente a otras alternativas y con previa evaluación de mi condición patológica: Caso probable para nuevo coronavirus SARS – COV2***

Por lo tanto, doy mi consentimiento para su realización el cual consiste en:

***Aspirado Nasofaríngeo: Introducir una sonda por una de las fosas nasales hasta la pared posterior de la faringe, usando movimientos ligeros y empujando rápidamente, posteriormente se introduce 1 ml de solución salina estéril por la sonda, utilizando una jeringa unida a la sonda (pieza pequeña de plástico). La inserción puede inducir tos y lagrimeo. Suavemente se realiza succión por la jeringa, se aspira todo el material de secreción nasofaríngea que sea posible. Posteriormente se retira cuidadosamente la sonda de la nariz.***

***Hisopado Nasofaríngeo: Insertar el hisopo estéril en la fosa nasal del paciente hasta alcanzar la superficie posterior de la nasofaringe, se recolecte una muestra desde la superficie posterior de la nasofaringe, se retira suavemente el hisopo de la cavidad nasal y se introduce en un buffer mezclando por lo menos 5 veces con el fin de extraer todo el fluido impregnado en el hisopo.***

Me han resuelto todas las dudas e inquietudes formuladas, además he sido informado (a) de los posibles riesgos Imprevisibles y/o complicaciones tales como: ***durante la muestra se puede presentar traumatismo en mucosa nasal, sangrado, molestias o dolor durante el procedimiento, en casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación. Ocasionalmente en estos casos se podrá solicitar valoración médica para definir manejo de acuerdo con las complicaciones presentadas.***

Si decido no efectuar el procedimiento mencionado arriba, mi pronóstico (condiciones médicas futuras) son:

***El diagnóstico oportuno le permitirá acceder al sistema de salud de acuerdo a su estado de salud en cuanto a seguimiento, tratamiento y rehabilitación. La no realización de la prueba puede entorpecer el acceso y la identificación oportuna de posibles complicaciones de salud.***

***Adicionalmente en Colombia y a través de la declaratoria de emergencia en el territorio nacional a partir del Decreto 417 del 2020 y teniendo en cuenta lo estipulado en la Ley 599 de 2000 Por la cual se expide el Código Penal, en el TITULO XIII 1; de los delitos contra la salud pública, capítulo I; De las afectaciones a la salud pública, en su artículo 368 y 369 dispone: Violación de medidas sanitarias. Modificado por el art. 1, Ley 1220 de 2008. El que viole medida sanitaria adoptada por la autoridad competente para impedir la introducción o propagación de una epidemia, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años y Propagación de epidemia. Modificado por el art. 2, Ley 1220 de 2008. El que propague epidemia, incurrirá en prisión de uno (1) a cinco (5) años.***

Soy consciente que NO existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

La presente autorización la suscribo libre de presiones y manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad el formato que estoy firmando y que todos los espacios en blanco están debidamente diligenciados antes de mi firma.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones del contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Fecha: \_\_\_\_dia \_\_\_\_\_\_\_\_mes \_\_\_\_\_\_\_\_año

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

**FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE FIRMA O HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**DOCUMENTO:** **DOCUMENTO:**

 **PARENTESCO CON EL PACIENTE:**

CAUSA POR LA CUAL NO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD**

**DOCUMENTO:**

**DISENTIMIENTO O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO POR PARTE DE EL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado como aparece al pie de mi firma y actuando en calidad de paciente o representante legal del paciente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con tipo de documento número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, habiendo sido completamente informado de todos los riesgos y beneficios del procedimiento propuesto, declaro que en forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que asumo y siendo mis motivos los siguientes: , he decidido no aceptar / revocar su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión y en consecuencia declaro que ni la institución, ni su personal serán responsables en caso de complicaciones.

Nombre del procedimiento a realizar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE FIRMA O HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**DOCUMENTO:** **DOCUMENTO:**

 **PARENTESCO CON EL PACIENTE:**

**CAUSA POR LA CUAL NO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD**

**DOCUMENTO:**