

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS

Número de formulario

La salud es de todos

Minsalud

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

1. Localización de la actividad

1.1. Departamento

1.2. Municipio

1.3. Localidad/comuna:

1.4. Barrio donde se realiza la actividad

1.5. Tipo de lugar de la actividad:

1.6. Lugar de la actividad:

1.7. Nombre de la Institución/organización que presta el servicio

2. Datos de residencia del usuario:

2.1. Departamento

2.2. Municipio

2.3. Localidad/comuna

2.4. Barrio

3. Datos de identificación de persona tamizada

3.1. Tipo de documento

RC

TI

CC

PA

CE

SD

DNI

PEP

3.2. Número de identificación

3.3. Primer nombre

3.3.1. Segundo nombre

3.3.2. Primer apellido

3.3.3. Segundo apellido

3.4. Caracterización persona atendida

HSH

TRANS

PID

TS

HC

LESB

PPL

ITS

INMIGRANTE*

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

SPA

GESTANTE

POB. GENERAL

TB

*País de procedencia

3.5. Sexo asignado al nacer

Hombre

Mujer

Intersexual

3.6. Fecha de nacimiento

A A A A

M M

D D

3.6.1 Edad en años cumplidos

3.7. ¿Asegurado al sistema de salud?

SI

NO

3.7.1. ¿Encuesta SISBEN?

SI

NO

NO SABE

3.8. Régimen

Contributivo

Subsidiado

Especial

Fondo de atención en salud para PPL

Excepción

3.8.1. Nombre de la aseguradora

3.9. Presenta alguno de estos síntomas

Tos

Fiebre

Sudoración nocturna

No presenta síntomas

Otras ITS

Pérdida de peso

Otros síntomas diferentes (escriba cuáles)

4. ¿Qué (Quién) lo motivó a realizarse la prueba?

Asistió a una jornada educativa

Servicio de salud IPS/ESE

Autotest positivo

Líder de la sociedad civil

Motivación propia

Autotest negativo

Información virtual/ Redes sociales

Amigo/a

5. Cantidad de condones recibidos

6. Institución de salud, ruta de atención.

Observaciones

Tipo de financiamiento

Fondo Mundial

Recursos Locales PIC

Otros Cooperantes

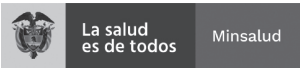
Fondo Nacional de Estupefacientes

Recursos propios del usuario

Otro ¿Cuál?

FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL DE PRUEBAS RÁPIDAS Y ENTREGA DE RESULTADOS									
1.1. Fecha A A A A M M D D			1.4. Departamento _____						
1.2. Entidad que realiza la actividad ☐ SS ☐ OBC ☐ IPS/ESE ☐ ONG ☐ Otra			1.5. Municipio _____						
1.3. Nombre de la institución/organización			1.6. Localidad/comuna _____						
			1.7. Barrio _____						
2. Datos de quién firma el consentimiento informado									
2.1. Tipo de documento ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ SD ☐ DNI ☐ PEP			2.2. Número de identificación _____						
2.3. Nombres y apellidos			2.4. Régimen			2.5. Aseguradora			
3. Datos de la primera prueba									
		Fecha prueba rápida y entrega de resultado		A A A A M M D D					
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento				
☐ VIH	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D				
☐ Sífilis	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos			A A A A M M D D				
☐ Hepatitis B	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Antígenos			A A A A M M D D				
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			A A A A M M D D				
4. Datos de la prueba confirmatoria									
		Fecha prueba rápida y entrega de resultado		A A A A M M D D					
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento				
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D				
5. Datos de quien realiza la prueba									
Nombre			Firma			Código			

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH, HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO



Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo _____ identificado(a) con _____
No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto () NO acepto () la realización de la prueba rápida: ☐ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI () NO ()**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI () NO () acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI () NO ()** y autorizo **SI () NO ()** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

FIRMA DEL ASESOR
Nombre y Apellido: _____
Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado A A A A | M M | D D

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
☐ VIH	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A	M M	D D
☐ Sífilis	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos			A A A A	M M	D D
☐ Hepatitis B	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Antígenos			A A A A	M M	D D
☐ Hepatitis C	☐ Reactivo ☐ No reactivo	☐ Anticuerpos			A A A A	M M	D D

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado A A A A | M M | D D

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento		
☐ VIH	☐ Positivo ☐ Negativo	☐ Anticuerpos ☐ Antígenos/anticuerpos			A A A A	M M	D D

9. Datos de quien realiza la prueba

Nombre	Firma	Código
--------	-------	--------