

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

Fecha: ____/____/____

Nombre Completo: _____

Documento Identidad: _____ Tipo de Documento: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Evaluar el estado general de salud, detectar enfermedades tempranas y orientar manejo preventivo.

BENEFICIOS: Detección temprana, identificación de riesgos, seguimiento clínico.

PROCEDIMIENTO						
<p align="center">Audiometría Clínica</p> <p>Que incluye: Prueba para medir la capacidad auditiva y detectar posibles alteraciones o pérdidas auditivas. Se emplean audiómetros calibrados para evaluar la respuesta auditiva a diferentes frecuencias. El profesional de la salud examinará el canal auditivo con un otoscopio y, posteriormente, el paciente ingresará a una cabina sonoamortiguada, donde deberá seguir las instrucciones del profesional.</p> <p>Riesgos: En este examen no se conocen riesgos, sin embargo, como en cualquier examen médico, existen limitaciones diagnósticas asociadas a factores como falta de colaboración del paciente, ruido ambiental, presencia de cerumen, procesos infecciosos, congestión ótica, fatiga, dificultades de comprensión de instrucciones o condiciones médicas preexistentes. En algunos casos puede requerirse complementar con pruebas diagnósticas adicionales para una adecuada interpretación clínica.</p> <p>Molestias: Puede incluir molestias temporales por los sonidos emitidos, puede existir la posibilidad de requerir exámenes adicionales, lo cual no se considera un riesgo.</p> <p>Consecuencias e implicaciones del acto asistencial: Este examen al no exponer al paciente a ningún riesgo no tiene consecuencias a considerar.</p> <p>Beneficios: Evaluar a tiempo el estado auditivo, de manera preventiva, para poder detectar posibles alteraciones o pérdidas auditivas.</p> <p>Alternativas: Videotoscopia, Timpanometría, Impedanciometría, Logo audiometría, prueba de conducción ósea, entre otros.</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td align="center">Firma Profesional</td> <td align="center">Documento</td> <td align="center">Tipo Doc.</td> </tr> <tr> <td align="center">_____</td> <td align="center">_____</td> <td align="center">_____</td> </tr> </table>	Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.	_____	_____	_____
Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.				
_____	_____	_____				
<p align="center">Prueba de esfuerzo</p> <p>Que Incluye: Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos para pacientes con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias, en este caso se realiza de manera preventiva lo cual permite comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado, sirve además para valorar la capacidad global de su organismo ante dicho esfuerzo y poder medir, si procede, el consumo de oxígeno respirado. Se realiza caminando sobre una cinta rodante, pedaleando en bicicleta ergométrica, o en un ergómetro específico. Mientras tanto, se aumenta progresivamente la velocidad, la pendiente o ambas de la cinta, o el nivel de carga de la bicicleta o del ergómetro, en períodos de tiempo determinados. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma, para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.</p> <p>Riesgos: Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, dolor en las piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En algunas personas, puede observarse al cesar el esfuerzo, episodios transitorios de hipotensión arterial. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por cada 10.000 pacientes).</p> <p>Molestias: Puede incluir molestias temporales como mareos, cansancio y dolor, puede existir la posibilidad de requerir exámenes adicionales.</p> <p>Consecuencias e implicaciones del acto asistencial: muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca; el riesgo de muerte es excepcional (1 por cada 10.000 pacientes).</p> <p>Beneficios: Permite diagnosticar enfermedades cardíacas ocultas en reposo (angina, arritmias, enfermedad coronaria) al evaluar el corazón bajo actividad física.</p> <p>Alternativas: Electrocardiograma (EKG o ECG), Ecocardiograma, Tomografía computarizada, Angiografía coronaria.</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td align="center">Firma Profesional</td> <td align="center">Documento</td> <td align="center">Tipo Doc.</td> </tr> <tr> <td align="center">_____</td> <td align="center">_____</td> <td align="center">_____</td> </tr> </table>	Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.	_____	_____	_____
Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.				
_____	_____	_____				

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

Ecocardiograma		
<p>Que Incluye: El ecocardiograma utiliza ondas sonoras para crear imágenes del corazón. Esta prueba común puede mostrar el flujo sanguíneo que atraviesa el corazón y las válvulas cardíacas, se utiliza para identificar posibles enfermedades cardíacas u otras afecciones del corazón.</p> <p>Riesgos: En este examen no se conocen riesgos.</p> <p>Molestias: Puede incluir molestias temporales como Irritación de la piel por el uso de gel y transductor, ansiedad por la posición (decúbito) acostado.</p> <p>Consecuencias e implicaciones del acto asistencial: Este examen al no exponer al paciente a ningún riesgo no tiene consecuencias a considerar.</p> <p>Beneficios: Permite diagnosticar enfermedades cardíacas u otras afecciones del corazón.</p> <p>Alternativas: Electrocardiograma (EKG o ECG), Tomografía computarizada, Angiografía coronaria.</p>		
Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.
_____	_____	_____
Evaluación por médico		
<p>Que Incluye: La consulta médica con especialista consiste en una valoración clínica integral realizada por un médico internista, orientada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades que afectan los órganos internos y sistemas del cuerpo. Incluye anamnesis o interrogatorio clínico detallado, revisión de antecedentes personales y familiares, evaluación de síntomas actuales, examen físico completo, análisis de resultados de exámenes previos, formulación de impresión diagnóstica, solicitud de ayudas diagnósticas complementarias en caso de ser necesarias, formulación de tratamiento y recomendaciones médicas para el manejo integral de la condición de salud del paciente.</p> <p>Riesgos: En este examen no se conocen riesgos.</p> <p>Molestias: Puede incluir molestias temporales como incomodidad durante algunas maniobras del examen físico, ansiedad relacionada con la consulta médica o con la discusión de hallazgos clínicos, así como preocupación emocional derivada de la orientación diagnóstica o recomendaciones emitidas durante la atención.</p> <p>Consecuencias e implicaciones del acto asistencial: La consulta médica no genera consecuencias físicas derivadas del procedimiento. Sin embargo, de acuerdo con los hallazgos clínicos, pueden derivarse recomendaciones adicionales como solicitud de exámenes diagnósticos complementarios, remisión a otras especialidades, inicio o modificación de tratamiento médico, o necesidad de seguimiento clínico periódico.</p> <p>Beneficios: Permite la valoración integral del estado de salud, diagnóstico oportuno de enfermedades agudas o crónicas, detección temprana de factores de riesgo, orientación terapéutica especializada, seguimiento clínico adecuado y establecimiento de medidas preventivas para mejorar y preservar la salud del paciente.</p> <p>Alternativas: Valoración por medicina general, consulta con otras especialidades médicas según la condición clínica específica, programas de promoción y prevención, o seguimiento clínico institucional conforme a criterio médico.</p>		
Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.
_____	_____	_____
Toma de muestras de Laboratorio Clínico		
<p>Qué incluye:</p> <p>La toma de muestras de laboratorio clínico consiste en la recolección de diferentes tipos de muestras biológicas (como sangre, orina, heces u otros fluidos corporales), realizada por personal del laboratorio Clínico, con el fin de analizarlas en el laboratorio. Este procedimiento permite obtener información objetiva sobre el estado de salud del paciente, apoyar el diagnóstico, seguimiento y control de enfermedades, así como evaluar la respuesta a tratamientos médicos. Incluye la preparación del paciente según el examen requerido, principalmente ayuno.</p> <p>Riesgos:</p> <p>Este procedimiento es de bajo riesgo. Sin embargo, pueden presentarse eventos leves y poco frecuentes como sangrado y/o dolor en el sitio de punción, hematoma, mareo, infección local o reacción vasovagal (desmayo), náuseas o vómito, flebitis (inflamación de una vena). En general, estos riesgos son transitorios y de fácil manejo.</p>		

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

Molestias:

Puede generar molestias temporales como dolor leve o sensación de pinchazo en el sitio de punción, incomodidad durante la toma de la muestra, ansiedad o nerviosismo previo o durante el procedimiento, especialmente en pacientes sensibles a las agujas.

Consecuencias e implicaciones del acto asistencial:

No se esperan consecuencias significativas derivadas del procedimiento. No obstante, los resultados de laboratorio pueden implicar la necesidad de nuevos estudios, controles adicionales, inicio o ajuste de tratamientos médicos, o remisión a otros servicios de salud según los hallazgos obtenido.

Beneficios:

Permite obtener información diagnóstica precisa y confiable, facilita la detección temprana de enfermedades, el seguimiento de condiciones clínicas y la toma de decisiones médicas oportunas para el manejo adecuado del paciente.

Alternativas:

No realizar la toma de muestras (lo cual puede limitar el diagnóstico y tratamiento adecuado), o en algunos casos, utilizar métodos diagnósticos alternativos según criterio médico (como estudios de imágenes o evaluación clínica), aunque estos no siempre sustituyen la información que proporcionan los exámenes de laboratorio.

Firma Profesional

Documento

Tipo Doc.

Optometría

Qué incluye:

La consulta de optometría consiste en la evaluación integral de la salud visual realizada por un profesional en optometría. Incluye la valoración de la agudeza visual, examen de refracción para determinar la necesidad de corrección óptica (gafas o lentes de contacto), evaluación de la motilidad ocular, coordinación visual, visión binocular, visión de profundidad o estereopsis, discriminación de colores, y examen del segmento anterior del ojo. Según el caso, puede incluir pruebas adicionales como tonometría (medición de la presión intraocular), evaluación con luz especializada y uso de gotas oftálmicas para dilatación pupilar cuando esté indicado. El objetivo es detectar alteraciones visuales, defectos refractivos y posibles enfermedades oculares, así como establecer el manejo adecuado.

Riesgos:

Este procedimiento es de bajo riesgo. En caso de utilizar gotas oftálmicas, pueden presentarse efectos temporales como visión borrosa, sensibilidad a la luz o reacciones alérgicas leves. En general, no se conocen riesgos significativos asociados a la evaluación optométrica.

Molestias:

Puede generar molestias leves y transitorias como fatiga visual durante las pruebas, incomodidad con luces intensas, sensación temporal de deslumbramiento, lagrimeo o visión borrosa, especialmente si se realiza dilatación pupilar. También puede presentarse leve incomodidad durante algunas maniobras del examen.

Consecuencias e implicaciones del acto asistencial:

No se esperan consecuencias físicas derivadas del procedimiento. Sin embargo, los hallazgos pueden implicar la formulación de gafas o lentes de contacto, recomendaciones de tratamiento, solicitud de exámenes complementarios o remisión a oftalmología u otras especialidades para manejo adicional.

Consecuencias e implicaciones del acto asistencial:

No se esperan consecuencias físicas derivadas del procedimiento. Sin embargo, los hallazgos pueden implicar la formulación de gafas o lentes de contacto, recomendaciones de tratamiento, solicitud de exámenes complementarios o remisión a oftalmología u otras especialidades para manejo adicional.

Alternativas:

Valoración por oftalmología, no realizar el examen (lo cual puede retrasar el diagnóstico de alteraciones visuales), o seguimiento clínico según criterio del profesional de salud.

Firma Profesional

Documento

Tipo Doc.

Ultrasonido (ecografía)

Marcar con una X el tipo de ecografía a realizar

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

INFORMACIÓN	ECOGRAFÍA DE MAMA	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN	ECOGRAFÍA DE PELVIS
			
Qué incluye	Estudio no invasivo que utiliza ultrasonido para evaluar el tejido mamario y detectar alteraciones como quistes o masas.	Estudio no invasivo que evalúa órganos como hígado, riñones, vesícula y páncreas.	Estudio con ultrasonido para evaluar órganos pélvicos (útero, ovarios, vejiga o próstata (Hombre). Puede ser abdominal o transvaginal (mujer)
Riesgos	No se conocen riesgos. No utiliza radiación.	No se conocen riesgos. No utiliza radiación.	No se conocen riesgos. No utiliza radiación.
Molestias	Leve presión del transductor o sensación de frío por el gel.	Leve presión del transductor o sensación de frío por el gel.	Incomodidad por vejiga llena o leve molestia en ecografía transvaginal.
Consecuencias:	Puede requerir estudios adicionales o seguimiento según resultados.	Puede requerir estudios adicionales o seguimiento según resultados.	Puede requerir estudios adicionales o seguimiento según resultados.
Beneficios:	Permite la detección temprana de enfermedades mamarias.	Facilita el diagnóstico de enfermedades abdominales.	Permite diagnóstico oportuno de alteraciones pélvicas.
Alternativas:	Mamografía, resonancia magnética o no realizar el examen.	Tomografía, resonancia o valoración clínica.	Resonancia, tomografía o valoración médica.
<div> <div>Firma Profesional</div> <div>Documento</div> <div>Tipo Doc.</div> </div>			

Electrocardiograma (Ekg/Ecg)

Qué incluye: El electrocardiograma (EKG o ECG) es un procedimiento diagnóstico no invasivo que permite registrar la actividad eléctrica del corazón mediante la colocación de electrodos sobre la piel del tórax, brazos y piernas. Estos electrodos están conectados a un equipo que capta y grafica los impulsos eléctricos cardíacos, generando un trazado que es interpretado por el profesional de salud. Este examen permite evaluar el ritmo cardíaco, la frecuencia cardíaca, la conducción eléctrica del corazón y detectar posibles alteraciones como arritmias, isquemia, hipertrofias cardíacas o trastornos de la conducción.

Riesgos: El electrocardiograma es un procedimiento seguro y de muy bajo riesgo, ya que no utiliza radiación ni genera descargas eléctricas en el paciente. No se conocen riesgos significativos asociados a su realización. En casos poco frecuentes, puede presentarse irritación leve de la piel o reacción alérgica al adhesivo de los electrodos.

Molestias:

El procedimiento es indoloro. Sin embargo, pueden presentarse molestias leves y transitorias como incomodidad al retirar los electrodos (especialmente en pacientes con vello corporal), sensación de frío durante la exposición o leve irritación cutánea en el sitio de colocación de los parches adhesivos.

Consecuencias e implicaciones del acto asistencial: La realización del electrocardiograma no genera consecuencias físicas para el paciente. No obstante, los resultados obtenidos pueden implicar la necesidad de estudios complementarios (como ecocardiograma, prueba de esfuerzo o monitoreo Holter), inicio o ajuste de tratamiento médico, o remisión a cardiología según los hallazgos encontrados.

Beneficios: El electrocardiograma permite la evaluación rápida, segura y efectiva de la actividad eléctrica del corazón, facilitando el diagnóstico oportuno de enfermedades cardíacas, la detección de alteraciones del ritmo o conducción, y el seguimiento de patologías previamente diagnosticadas o de tratamientos en curso.

Alternativas: Entre las alternativas se encuentran otros estudios diagnósticos como el ecocardiograma, monitoreo Holter, prueba de esfuerzo, o la valoración clínica por el médico tratante. No realizar el examen puede limitar la detección oportuna de alteraciones cardíacas.

Firma Profesional

Documento

Tipo Doc.

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

Citología cervicouterina
Si eres mujer, favor leer hasta comprender el consentimiento de toma de cuello citología entregado por el personal y entregar firmado. Si tiene alguna duda no dude en consultar con el profesional.

Declaración Del Paciente						
<p>Declaro que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre los procedimientos incluidos en el chequeo ejecutivo integral, sus riesgos, beneficios, alternativas y posibles molestias. He podido realizar preguntas y autorizo voluntariamente la realización de los procedimientos.</p> <p>Autorización De Tratamiento De Datos Personales: Autorizo el tratamiento de mis datos personales y datos sensibles conforme a la Ley 1581 de 2012 para fines asistenciales y administrativos relacionados con mi atención en salud.</p>						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Firma Paciente</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Documento</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tipo Doc.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.	_____	_____	_____
Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.				
_____	_____	_____				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Huella (En caso no saber leer o escribir) </div>						

Disentimiento						
<p>Yo, _____ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía ____ Cédula de Extranjería ____ Pasaporte ____ Permiso Especial de Permanencia ____ Documento Nacional de identidad ____ Número _____, en mi calidad _____ después de ser informado sobre la naturaleza y propósito diagnóstico del procedimiento así como sobre las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos de la misma, manifiesto de forma libre y consciente mi negación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.</p>						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Firma Paciente</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Documento</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tipo Doc.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.	_____	_____	_____
Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.				
_____	_____	_____				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Firma Profesional</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Documento</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tipo Doc.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.	_____	_____	_____
Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.				
_____	_____	_____				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Huella (En caso no saber leer o escribir) </div>						

Revocación

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-001
	FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CHEQUEO EJECUTIVO INTEGRAL	Versión 01
		Fecha: 2026-05-06

Yo, _____ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía ____ Cédula de Extranjería ____ Pasaporte ____ Permiso Especial de Permanencia ____ Documento Nacional de identidad ____ Número _____, en mi calidad _____ después de ser informado sobre la naturaleza y propósito diagnóstico del procedimiento o estudio propuesto, así como sobre las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos de la misma, manifiesto de forma libre y consciente mi **revocación** de este consentimiento previamente otorgado, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión..

Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.	Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Huella (En caso no
saber leer o escribir)