

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-010
	FORMATO PARA PRUEBAS TOXICOLÓGICAS	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Documento de identidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Institución / IPS: _____

Fecha del procedimiento: _____

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.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

El objetivo es detectar la presencia de sustancias psicoactivas, alcohol o sus metabolitos en una muestra biológica, con el fin de apoyar la valoración médica, el seguimiento clínico o el cumplimiento de un requisito laboral, académico, vial o legal para el cual la prueba fue solicitada.

Según lo indicado, la muestra puede ser de orina, sangre, saliva, aire espirado (alcoholemia) u otra matriz biológica, y se toma con material estéril o desechable. La prueba busca sustancias como cannabinoides, cocaína, opiáceos, anfetaminas, benzodiacepinas y alcohol, según el panel solicitado. Se me ha informado que debo declarar los medicamentos que consumo, pues algunos de ellos, así como ciertos alimentos, pueden alterar el resultado.

Los resultados iniciales de tamizaje son presuntivos y, si resultan positivos, pueden requerir una prueba confirmatoria de mayor especificidad (como la cromatografía con espectrometría de masas) sobre la misma muestra. Cuando la prueba se solicita con fines laborales, académicos o legales, la muestra se maneja bajo cadena de custodia (identificación, sellado, rotulado y trazabilidad), y en mi presencia se verifican mis datos y el sellado de la muestra.

Entiendo que participo de manera libre y voluntaria, que mis resultados son confidenciales y me serán entregados por personal competente (o a la entidad solicitante, únicamente en los términos que yo autorice o la ley permita), y que un resultado positivo será valorado por el médico tratante, quien definirá si se requiere orientación, seguimiento o remisión.

3. BENEFICIOS

- Identificación del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, contribuyendo a la seguridad del paciente y de terceros (laboral, vial o académica).
- Orientación y remisión oportuna a atención en salud o a programas de apoyo cuando se identifique un consumo problemático.
- Trazabilidad y confiabilidad de la muestra gracias al rotulado y a la cadena de custodia.
- Tranquilidad diagnóstica en caso de resultados negativos.

4. RIESGOS E IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL

- Resultados falsos positivos o falsos negativos por medicamentos, alimentos, muestra insuficiente, diluida o alterada, o por el tiempo transcurrido desde el consumo; un resultado presuntivo positivo debe ser confirmado.
- Un resultado positivo puede tener implicaciones laborales, académicas o legales según la finalidad de la prueba, además de requerir valoración y orientación médica.
- Posibilidad de que la muestra resulte insuficiente o inadecuada y deba repetirse; una muestra que no se entregue o que se considere alterada puede ser tenida como no válida según el protocolo de la entidad solicitante.
- Si la muestra es de sangre: dolor leve, moretón (hematoma) o sangrado en el sitio de la punción y, en casos excepcionales, reacción vasovagal (mareo o sensación de desmayo).
- Impacto emocional (ansiedad, angustia o temor) mientras se espera el resultado o ante un resultado positivo; se ofrecerá orientación y apoyo.

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-010
	FORMATO PARA PRUEBAS TOXICOLÓGICAS	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

- Mis resultados y mi información serán manejados con reserva y solo podrán ser conocidos por el equipo de salud, por las personas o entidades que yo autorice, o por las autoridades cuando la ley así lo exija.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Se debe evaluar la indicación clínica de la prueba (**Concepto médico**) y contar con el consentimiento del padre, madre o representante legal, con participación del menor según su edad y madurez y respeto de la confidencialidad de su información.

- Se recomienda que un menor sea acompañado por un adulto responsable durante todo el procedimiento.

SI LA PRUEBA SE SOLICITA CON FINES LABORALES, ACADÉMICOS O LEGALES:

- Cadena de custodia: la muestra se manejará bajo cadena de custodia y podrá ser remitida a un laboratorio externo para su confirmación.
- Entrega de resultados: debo conocer y aceptar previamente quién recibirá el resultado (yo mismo o la entidad solicitante) y en qué términos; la entidad solicitante solo recibirá la información que la ley y mi autorización permitan.
- Medicamentos: debo declarar los medicamentos formulados y, si la tengo, presentar la fórmula médica para su valoración por el médico.

5. POSIBLES MOLESTIAS

- Para la toma de orina puede requerirse que la recolección se realice bajo condiciones de control (por ejemplo, dejar objetos personales fuera del baño y verificar la temperatura de la muestra), siempre respetando la privacidad y la dignidad del paciente.
- Tiempo de espera hasta poder entregar una muestra suficiente.
- Si la muestra es de sangre: molestia o dolor leve y transitorio durante la punción.

6. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Según lo defina el médico o la entidad solicitante, pueden utilizarse otras muestras (orina, saliva, sangre o cabello) o pruebas rápidas de tamizaje, con diferentes tiempos de detección y limitaciones.

El paciente puede optar por no realizarse la prueba en este momento, posponerla o solicitar una segunda opinión médica. Es importante informar que la negativa puede impedir completar el requisito para el cual fue solicitada, situación que debe aclararse con la entidad solicitante.

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-010
	FORMATO PARA PRUEBAS TOXICOLÓGICAS	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

DECLARACIÓN DEL PACIENTE					
<p>Declaro que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre las pruebas toxicológicas, sus riesgos, beneficios, alternativas y posibles molestias. He podido realizar preguntas y autorizo voluntariamente la realización del procedimiento.</p> <p>He informado de manera veraz los medicamentos que consumo y mis antecedentes. Entiendo que los resultados de tamizaje son presuntivos y pueden requerir confirmación, y que los resultados pueden requerir estudios o seguimiento adicional.</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, incluida la entrega de resultados únicamente a las personas o entidades que yo autorice o cuando la ley lo exija.</p>					
Firma Paciente		Documento	Tipo	Firma Profesional	
Doc.				Doc.	
<hr/>		<hr/>	<hr/>	<hr/>	
<div>Huella (En caso no saber leer o escribir)</div> <div></div>					

	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-010
	FORMATO PARA PRUEBAS TOXICOLÓGICAS	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

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 <u>negación</u> para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.</p>												
<table><tr><th>Firma Paciente</th><th>Documento</th><th>Tipo</th></tr><tr><td>Doc.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>	Firma Paciente	Documento	Tipo	Doc.	_____	_____	<table><tr><th>Firma Profesional</th><th>Documento</th></tr><tr><td>Tipo Doc.</td><td>_____</td></tr></table>		Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.	_____
Firma Paciente	Documento	Tipo										
Doc.	_____	_____										
Firma Profesional	Documento											
Tipo Doc.	_____											
		<table><tr><th>Huella (En caso no saber leer o escribir)</th></tr><tr><td>_____</td></tr></table>	Huella (En caso no saber leer o escribir)	_____								
Huella (En caso no saber leer o escribir)												

REVOCACIÓN										
<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 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..</p>										
<table><tr><th>Firma y Nombre Paciente</th><th>Documento</th></tr><tr><td>Tipo Doc.</td><td>_____</td></tr></table>	Firma y Nombre Paciente	Documento	Tipo Doc.	_____	<table><tr><th>Firma y Nombre Profesional</th><th>Documento</th></tr><tr><td>Tipo Doc.</td><td>_____</td></tr></table>		Firma y Nombre Profesional	Documento	Tipo Doc.	_____
Firma y Nombre Paciente	Documento									
Tipo Doc.	_____									
Firma y Nombre Profesional	Documento									
Tipo Doc.	_____									
		<table><tr><th>Huella (En caso no saber leer o escribir)</th></tr><tr><td>_____</td></tr></table>	Huella (En caso no saber leer o escribir)	_____						
Huella (En caso no saber leer o escribir)										
