Ocupacional CIMA	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-015
	FORMATO PARA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE (VENOPUNCIÓN)	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 obtener una muestra de sangre que será analizada en el laboratorio clínico, con el fin de apoyar el diagnóstico, el seguimiento o la valoración médica solicitada.

El procedimiento consiste en la punción de una vena, generalmente del pliegue del codo o del antebrazo, previa colocación de un torniquete y limpieza de la piel con un antiséptico, para recolectar la cantidad de sangre requerida en tubos o recipientes especiales. Habitualmente dura pocos minutos, se realiza de manera ambulatoria y sin necesidad de anestesia. Se me ha informado que se utilizan agujas y demás dispositivos estériles y desechables, y que las muestras se rotulan con mis datos de identificación y son procesadas por personal de laboratorio con experiencia.

Algunos exámenes requieren preparación previa (por ejemplo, ayuno). Declaro que he recibido las indicaciones y las he cumplido, y que he informado mis antecedentes relevantes (alergias al látex, a antisépticos o adhesivos, trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes, desmayos previos con extracción de sangre) y los medicamentos que consumo. Entiendo que un resultado anormal será valorado por el médico tratante, quien definirá si se requieren exámenes adicionales.

3. BENEFICIOS

- Obtención de información clínica confiable para apoyar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la salud.
- Detección oportuna de alteraciones que permiten iniciar un manejo temprano.
- Procedimiento rápido y seguro, realizado con material estéril y desechable.
- Tranquilidad diagnóstica en caso de resultados normales.

4. RIESGOS E IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL

- Dolor leve, enrojecimiento, moretón (hematoma) o sangrado en el sitio de la punción, con mayor probabilidad en personas con trastornos de coagulación o que usan anticoagulantes.
- Inflamación de la vena (flebitis) o infección local, con poca frecuencia.
- Reacción vasovagal (mareo, sudoración o sensación de desmayo) en casos excepcionales.
- Lesión de un nervio superficial (sensación de corriente u hormigueo) o punción accidental de una arteria, en casos muy poco frecuentes.
- Reacción alérgica al látex, al antiséptico o al adhesivo, en casos poco frecuentes.
- Posibilidad de que la muestra resulte insuficiente, hemolizada o inadecuada y deba repetirse, o de requerir más de una punción.
- Resultados alterados por una preparación inadecuada (por ejemplo, no cumplir el ayuno) o por el uso de ciertos medicamentos, que pueden hacer necesario repetir el examen.
- 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 del examen **(Concepto médico)**, limitar el volumen de sangre a lo estrictamente necesario según la edad y el peso, y contar con el consentimiento del padre, madre o representante legal, con participación del menor según su edad y madurez.

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

SI EL PACIENTE USA ANTICOAGULANTES, TIENE TRASTORNOS DE COAGULACIÓN O ANTECEDENTE DE DESMAYOS:

- **Debe informarlo antes de la toma de la muestra: se aplicará presión prolongada en el sitio de la punción y, si es necesario, el procedimiento se realizará con el paciente acostado.**
- **Antecedente de vaciamiento ganglionar (por ejemplo, tras cirugía de mama), fístula arteriovenosa o inflamación de un brazo: debe informarlo para que se elija el brazo adecuado para la punción.**

5. POSIBLES MOLESTIAS

- Molestia o dolor leve y transitorio durante la punción.
- Sensación de presión por el torniquete y, en ocasiones, hormigueo transitorio en el brazo.
- Molestia o moretón leve en el sitio de la punción durante los días siguientes.

6. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Según el examen solicitado y a criterio del médico, puede ser posible utilizar otro tipo de muestra (orina, saliva o punción capilar en la yema del dedo) o pruebas rápidas, aclarando que no todos los exámenes pueden realizarse con estas muestras y que pueden tener una precisión diferente.

El paciente puede optar por no realizarse el procedimiento en este momento, posponerlo o solicitar una segunda opinión médica. Es importante informar que no realizar el examen puede retrasar el diagnóstico, el tratamiento o el seguimiento de su condición de salud.

Ocupacional CIMA	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-015
	FORMATO PARA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE (VENOPUNCIÓN)	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Declaro que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre la toma de muestra de sangre, sus riesgos, beneficios, alternativas y posibles molestias. He podido realizar preguntas y autorizo voluntariamente la realización del procedimiento.
He informado de manera veraz mis antecedentes, alergias, enfermedades y los medicamentos que consumo. Entiendo que la muestra puede repetirse si resulta inadecuada y que los resultados pueden requerir estudios o seguimiento adicional.

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.

Firma Paciente	Documento	Tipo Doc.
_____	_____	_____

Firma Profesional	Documento	Tipo Doc.
_____	_____	_____

Huella (En caso no saber leer o escribir

Ocupacional CIMA	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-015
	FORMATO PARA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE (VENOPUNCIÓN)	Versión 01
		Fecha: 2026-08-19

DISENTIMIENTO

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.

Firma Paciente	**Documento**	**Tipo Doc.**
_____	_____	_____

Firma Profesional	**Documento**	**Tipo Doc.**
_____	_____	_____

Huella (En caso no saber leer o escribir

REVOCACIÓN

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 y Nombre Paciente	**Documento**	**Tipo Doc.**
_____	_____	_____

Firma y Nombre Profesional	**Documento**	**Tipo Doc.**
_____	_____	_____

Huella (En caso no saber leer o escribir