

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-025
		Versión: 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍAS	Página 1 de 5
		Fecha: 2026-08-19

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 A REALIZAR: La ecografía es un procedimiento diagnóstico no invasivo que utiliza ondas sonoras para obtener imágenes del interior del cuerpo. Se emplea un gel conductor y un transductor que se mueve sobre la piel. No utiliza radiación ionizante y no presenta riesgos ni contraindicaciones conocidos.

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

TIPO DE ECOGRAFÍA A REALIZAR (marque con una X)

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.

INFORMACIÓN	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS ☐	ECOGRAFÍA DE HIGADO Y VIAS BILIARES ☐	ECOGRAFÍA RENAL / VIAS URINARIAS / ☐
Qué incluye	Evaluación mediante ultrasonido de los tejidos blandos de la región indicada en la orden médica. Valoración de piel, tejido celular subcutáneo, estructuras musculares y otras estructuras superficiales que sean visibles mediante ecografía. Identificación de masas, nódulos, colecciones, cambios inflamatorios, alteraciones del tejido y otras lesiones susceptibles de evaluación ecográfica. Elaboración del informe con los hallazgos encontrados.	Evaluación ecográfica del hígado, vesícula biliar y vías biliares, incluyendo características como tamaño, forma y estructura, así como la búsqueda de cálculos, dilataciones, lesiones focales y otras alteraciones visibles.	Evaluación de riñones y, cuando corresponda, vejiga urinaria. Permite valorar tamaño, forma y características estructurales e identificar alteraciones como dilataciones, cálculos, quistes, masas u otras anomalías visibles.
Riesgos	La ecografía diagnóstica no utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos asociados al uso diagnóstico habitual del ultrasonido.	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados con el ultrasonido diagnóstico habitual. La visualización	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados con el ultrasonido diagnóstico habitual. Algunas

	En casos excepcionales puede presentarse irritación o reacción cutánea relacionada con el gel utilizado. El estudio puede no permitir visualizar adecuadamente algunas estructuras o lesiones, dependiendo de su localización, tamaño o características.	puede estar limitada por obesidad, gas intestinal, características anatómicas u otras condiciones.	alteraciones pueden no visualizarse adecuadamente.
Molestias	Aplicación de gel sobre la piel. Sensación de frío o humedad por el gel. Presión del transductor sobre la zona examinada, especialmente si existe dolor, inflamación o lesión. Puede presentarse molestia transitoria durante la exploración de zonas sensibles.	Sensación de frío o humedad por el gel y presión del transductor sobre el abdomen. Puede presentarse molestia transitoria si existe sensibilidad o dolor abdominal.	Sensación de frío o humedad por el gel y presión del transductor. Si se requiere vejiga llena, puede presentarse sensación de urgencia o incomodidad.
Consecuencias:	El estudio puede ser normal aun cuando exista una alteración que no sea detectable mediante ecografía. Los hallazgos pueden requerir estudios complementarios, seguimiento o valoración por otro especialista. Un resultado no concluyente puede requerir la repetición del examen o la realización de otra prueba diagnóstica. La no realización del estudio puede retrasar la identificación o caracterización de una alteración.	El examen puede no detectar algunas alteraciones o requerir estudios complementarios. Los hallazgos pueden requerir seguimiento o valoración médica. La no realización puede retrasar la identificación de alteraciones hepatobiliare.	Puede existir un resultado no concluyente y requerirse estudios complementarios. Un resultado normal no excluye todas las enfermedades urinarias. La no realización puede retrasar el diagnóstico.
Beneficios:	Permite evaluar estructuras superficiales y tejidos blandos de manera no invasiva. No utiliza radiación ionizante. Permite identificar y caracterizar diferentes masas, lesiones, colecciones y alteraciones de tejidos blandos. Puede contribuir a orientar el diagnóstico y determinar la necesidad de estudios o tratamientos adicionales.	Permite evaluar hígado, vesícula y vías biliares de manera no invasiva y sin radiación ionizante. Puede detectar cálculos, dilataciones y otras alteraciones estructurales.	Estudio no invasivo y sin radiación ionizante que permite evaluar riñones y vías urinarias e identificar diversas alteraciones estructurales.
Alternativas:	Examen físico y valoración clínica. Seguimiento clínico según criterio médico. Otros estudios de imagen, como radiografía, tomografía computarizada o resonancia magnética, según la zona y la indicación. Biopsia u otros procedimientos diagnósticos cuando estén clínicamente indicados.	Valoración clínica, pruebas de laboratorio y otros estudios como tomografía, resonancia o colangiorresonancia, según indicación médica.	Valoración médica, tomografía, resonancia, exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas según criterio médico.

INFORMACIÓN	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS	DOPPLER PORTAL / RENAL / MESENTÉRICO	ECOGRAFIA MUSCULAR / ARTICULAR
			
Qué incluye	Evaluación de riñones y, cuando corresponda, vejiga urinaria. Permite valorar tamaño, forma y características estructurales e identificar alteraciones	Evaluación mediante ecografía Doppler del flujo sanguíneo de los vasos correspondientes al estudio solicitado. Permite valorar	Evaluación de músculos, tendones, ligamentos, articulaciones y tejidos blandos de la región indicada. Puede incluir evaluación

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		PSS-FO-025
			Versión: 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍAS		Página 3 de 5
			Fecha: 2026-08-19

	como dilataciones, cálculos, quistes, masas u otras anomalías visibles.	dirección, velocidad y características del flujo sanguíneo.	dinámica durante determinados movimientos.
Riesgos	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados con el ultrasonido diagnóstico habitual. Algunas alteraciones pueden no visualizarse adecuadamente.	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados con el ultrasonido Doppler diagnóstico habitual. La evaluación puede estar limitada por gas intestinal, obesidad, movimientos o características anatómicas.	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados al ultrasonido diagnóstico habitual. Algunas estructuras profundas o lesiones pueden no visualizarse completamente.
Molestias	Sensación de frío o humedad por el gel y presión del transductor. Si se requiere vejiga llena, puede presentarse sensación de urgencia o incomodidad.	Sensación de frío o humedad por el gel y presión del transductor sobre el abdomen. Puede presentarse molestia transitoria en zonas sensibles.	Sensación de frío por el gel y presión del transductor. Puede presentarse dolor o molestia transitoria sobre una zona lesionada o inflamada.
Consecuencias:	Puede existir un resultado no concluyente y requerirse estudios complementarios. Un resultado normal no excluye todas las enfermedades urinarias. La no realización puede retrasar el diagnóstico.	Algunos vasos o segmentos pueden no visualizarse adecuadamente. Un resultado no concluyente puede requerir repetir el estudio o realizar otras pruebas diagnósticas.	Algunas lesiones pueden requerir resonancia magnética u otros estudios para una caracterización completa. Un resultado normal no descarta todas las causas de dolor o limitación funcional.
Beneficios:	Estudio no invasivo y sin radiación ionizante que permite evaluar riñones y vías urinarias e identificar diversas alteraciones estructurales.	Permite evaluar el flujo sanguíneo de manera no invasiva y sin radiación ionizante, contribuyendo al diagnóstico y seguimiento de alteraciones vasculares.	Permite evaluar tejidos musculares y articulares de forma no invasiva, sin radiación ionizante y, en algunos casos, durante el movimiento.
Alternativas:	Valoración médica, tomografía, resonancia, exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas según criterio médico.	Valoración clínica, angiotomografía, angiorresonancia u otros estudios vasculares según criterio médico.	Examen físico, radiografía, resonancia magnética, tomografía y otros estudios según la condición clínica.

INFORMACIÓN	ECOGRAFÍA DE CUELLO	ECOGRAFÍA OBSTETRICA	
			
Qué incluye	Evaluación ecográfica de las estructuras del cuello incluidas en la solicitud médica, pudiendo valorar tiroides, ganglios cervicales, tejidos superficiales, nódulos, quistes, masas y otras alteraciones visibles.	Evaluación ecográfica del embarazo de acuerdo con la edad gestacional y el tipo de estudio solicitado. Puede incluir valoración de actividad cardíaca fetal, crecimiento y desarrollo fetal, placenta, líquido amniótico y otras estructuras según corresponda.	
Riesgos	No utiliza radiación ionizante y no se conocen riesgos significativos asociados al ultrasonido diagnóstico habitual. Algunas estructuras profundas pueden no visualizarse adecuadamente.	Utiliza ondas de ultrasonido y no radiación ionizante. No se conocen riesgos asociados con el uso diagnóstico habitual de la ecografía durante el embarazo cuando es realizada por personal capacitado y con equipos apropiados.	
Molestias	Sensación de frío o humedad por el gel y presión del transductor sobre el cuello. Puede presentarse molestia transitoria en zonas sensibles.	Aplicación de gel y presión del transductor sobre el abdomen. Si se requiere ecografía transvaginal, puede presentarse molestia o incomodidad durante el procedimiento.	
Consecuencias:	Algunos hallazgos pueden requerir seguimiento, estudios adicionales o valoración especializada. Una ecografía normal no descarta todas las enfermedades del cuello.	La ecografía no permite detectar todas las alteraciones fetales o maternas. Algunos hallazgos pueden requerir estudios complementarios o valoración especializada. Un resultado normal no garantiza la ausencia de todas las alteraciones durante el embarazo.	
Beneficios:	Permite evaluar estructuras superficiales del cuello de manera no invasiva y sin radiación ionizante, facilitando la identificación y caracterización de diferentes alteraciones.	Permite realizar seguimiento del embarazo de manera no invasiva y sin radiación ionizante, valorar el crecimiento y desarrollo fetal y detectar posibles alteraciones que requieran atención médica.	

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-025
		Versión: 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍAS	Página 4 de 5
		Fecha: 2026-08-19

Alternativas:	Examen físico, tomografía, resonancia magnética y otros estudios según la estructura o condición evaluada.	Valoración obstétrica y seguimiento prenatal. Según la indicación y edad gestacional, pueden requerirse otros estudios de imagen o pruebas diagnósticas.	
---------------	--	--	--

Declaración Del Paciente					
Declaro que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre cada tipo de ecografías, sus riesgos, beneficios, alternativas y posibles molestias. He podido realizar preguntas y autorizo voluntariamente la realización de los procedimientos. 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.					
Firma Paciente Doc.	Documento	Tipo	Firma Profesional Doc.	Documento	Tipo
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto; padding: 10px;"> Huella (En caso no saber leer o escribir) </div>					

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-025
		Versión: 02
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍAS	Página 5 de 5
		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 <u>negación</u> para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.					
Firma Paciente	Documento	Tipo	Firma Profesional	Documento	Tipo
Doc.			Doc.		
<div>Huella (En caso no saber leer o escribir)</div>					

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 Paciente	Documento	Tipo	Firma Profesional	Documento	Tipo
Doc.			Doc.		
<div>Huella (En caso no saber leer o escribir)</div>					