



**CONSENTIMIENTO
INFORMADO
ANTIGENO COVID-
19**

Código:
Fecha: 26/07/2021
Versión: 1.0

CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Nombres y Apellidos:		Tipo y Num doc:	Edad:
Fecha de nacimiento:		Ciudad:	
Dirección:		Barrio:	
Teléfono:		Ocupación:	
Representante Legal ^l :		Parentesco:	
C.C		Teléfono:	

Certifico que he sido informado sobre el procedimiento "Prueba rápida de antígeno para COVID-19" y que se amplían en el presente documento así:

- El presente documento responde al deber del profesional y al derecho de las personas de recibir la información correspondiente al procedimiento "Prueba rápida de antígeno para COVID-19"
- El procedimiento en referencia tiene como objeto brindarle la oportunidad a las personas de la comunidad universitaria de realizar de manera rápida, accesible y con calidad una prueba que contribuya a disminuir y mitigar el riesgo de transmisión del virus COVID-19 en el campus universitario. Esta actividad es una de varias que la Universidad ha dispuesto para mitigar este riesgo.
- Este servicio, se desarrolla bajo los estándares de calidad en salud, es operado por Javesalud, el Hospital Universitario San Ignacio y está habilitado por la Secretaria Distrital de Salud.
- Este consentimiento informado, es la aceptación para realizar el procedimiento de "HISOPADO NASOFARINGEO" a la persona menor de 18 años que pertenezca a la comunidad universitaria y que está directamente interesada en recibir ayuda, por lo tanto, es un proceso voluntario. Siendo el disentiendo informado la no aceptación del servicio.
- En caso de aceptar la realización de este procedimiento, la información suministrada será custodiada, y se deberá autorizar que el resultado sea entregado directamente al correo electrónico que se indique al pie de su firma.
- El procedimiento a realizar (hisopado nasofaríngeo) consiste en la inserción de un hisopo estéril en la fosa nasal, alcanzando la superficie de la nasofaringe posterior, humedeciendo el hisopo sobre esta superficie y retirándolo finalmente de la cavidad nasal.
- Se recalca que a pesar de la adecuada técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones como: incomodidad, dolor, sangrado e inflamación de la vía respiratoria, las cuales pueden derivarse por alguna condición o característica propia de la persona.
- El beneficio de la realización de la prueba consiste en la identificación de personas con infección por covid-19, con el fin de que puedan ser derivadas de forma oportuna a su servicio médico, y de esta manera disminuir el riesgo de transmisión y contagios dentro y fuera del campus.
- Esta prueba corresponde a una muestra del estado actual de la persona, en relación con la infección por covid-19. Es decir, que este resultado puede variar de una semana a otra de acuerdo con la exposición o el comportamiento de riesgo del paciente.
- En algunos casos, es posible que el resultado de estas pruebas tenga que ser confirmado mediante la realización de otras pruebas, las cuales tiene la responsabilidad de ser practicadas por su servicio de salud. Si bien estas pruebas pueden detectar infección por covid-19, pueden tener limitaciones técnicas en la precisión de su identificación.
- La aplicación de esta prueba no exime de la responsabilidad de autocuidado y medidas de prevención fuera y dentro del campus universitario para la persona a quien se le aplique.



CONSENTIMIENTO
INFORMADO
ANTIGENO COVID-
19

Código:
Fecha: 26/07/2021
Versión: 1.0

Si el consultante es menor de edad entre los 14 y 18 años de edad, en nuestra calidad de representantes legales de _____ manifestamos a ustedes que hemos leído y comprendido íntegramente este documento. Comprendemos que es nuestro derecho aceptar o no la realización de la prueba rápida de antígeno para COVID-19, por eso **consentimos** _____ **disentimos** _____ en forma libre y voluntaria que nuestro hijo(a) acceda al servicio-

Para dejar constancia, firmo este documento el día ____ del mes de _____ del año _____.

Firma

Correo electrónico
