

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	PROCEDIMIENTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: ADT-S2-P3	VIGENCIA: 22/08/2023	V3	PÁGINA 1 de 4

PROCEDIMIENTO TRANSVERSAL A LOS PROCESOS: Misionales				
OBJETIVO PRINCIPAL: Garantizar el cumplimiento de uno de los derechos del paciente como es la información, al brindar pautas para el correcto diligenciamiento del consentimiento informado.				
ACTIVIDADES				
No.	CICLO PHVA	QUE SE HACE	REGISTRO	RESPONSABLE
1	P	Evaluar la necesidad de realizar un procedimiento terapéutico o diagnostico como parte del análisis clínico ante una situación de salud específica.	Historia clínica	Profesional de Salud tratante
2	P	Evaluar objetivamente la capacidad de raciocinio del paciente. Verificar a través de escalas la capacidad cognitiva del paciente ante sospecha. Solicitar la presencia de un familiar o representante legal en los casos confirmados.	Historia clínica	Profesional de Salud tratante
3	H	Brindar con un lenguaje claro la información suficiente y necesaria considerando las características sociales y culturales del paciente y/o representante legal acerca del: • Procedimiento terapéutico o diagnóstico. • Los beneficios esperados. • Los riesgos más frecuentes y más graves. • Alternativas disponibles. • Las complicaciones de la no aceptación. • Derecho al desistimiento y a la revocatoria del consentimiento.	Consentimiento informado *	Profesional de Salud tratante

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	PROCEDIMIENTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: ADT-S2-P3	VIGENCIA: 22/08/2023	V3	PÁGINA 2 de 4

4	V	Verificar que la información suministrada al paciente o representante legal se hubiera comprendido y que no hay ningún tipo de coerción o influencia.	Consentimiento informado *	Profesional de Salud tratante
5	H	Diligenciar completamente el formato de consentimiento informado de acuerdo al tipo de procedimiento terapéutico o diagnóstico.	Consentimiento informado *	Profesional de Salud tratante
6	H	Solicitar al paciente y/o representante legal la firma del formato de consentimiento informado. Se podrá solicitar firmas adicionales como testigos en casos especiales. Si el paciente o representante no acepta el procedimiento se diligenciará en el espacio respectivo y se explicará los riesgos.	Consentimiento informado *	Paciente y/o representante legal
7	H	Solicitar retiro voluntario: • Paciente mayor de edad sin alteración mental, se deberá informar los riesgos y complicaciones de la interrupción de la conducta terapéutica. • Paciente menor de edad o pacientes con alteración mental, se deberá informar a las autoridades competentes, sin interrupción de la conducta terapéutica.	SH-S1-F20 Retiro voluntario	Paciente y/o representante legal / Profesional de Salud tratante
7	H	Registrar la firma del profesional de la salud que brindo la información en el formato correspondiente.	Consentimiento informado *	Profesional de Salud tratante
8	H	Entregar el formato completamente diligenciado con las respectivas firmas	Consentimiento informado *	Profesional de Salud

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	PROCEDIMIENTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: ADT-S2-P3	VIGENCIA: 22/08/2023
	V3	PÁGINA 3 de 4

		al personal designado en el área.		
9	V	Escanear el formato de consentimiento informado para adjuntarlo al registro magnético de historia clínica.	Software de historia Clínica	Profesional de Salud
10	V	Entregar relacionado los consentimientos físicos al archivo para que se adjunte a las respectivas carpetas de historias clínicas.	Consentimiento informado *	Archivo
11	A	Verificar previamente a la realización de los procedimientos terapéuticos o diagnósticos el correcto diligenciamiento del consentimiento informado.	Consentimiento informado *	Profesional de Salud
12	A	Realizar auditoria a la adherencia al manual de consentimiento informado.	GC-S3-F16 Informe de auditoria	Auditor de calidad

CONSIDERACIONES ESPECIALES

* Los formatos de consentimiento informado aprobados por la E.S.E. son:

GC-S3-F8	LISTA DE CHEQUEO CONSENTIMIENTO INFORMADO
GC-S4-F19	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CASO PROBABLE O POSITIVO DE COVID-19 QUE RECIBEN ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS – OBSERVACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA
GCI-S4-F7	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÁCTICAS DOCENCIA SERVICIO, EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR CONTAGIO RESPIRATORIO
SA-S1-F3	CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR
SA-S1-F4	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE POR MÉTODO FARMACOLÓGICO)
SA-S1-F5	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE POR MÉTODO QUIRÚRGICO (AMEU)
SA-S1-F7	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN/RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO
SA-S1-F8	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE RADIOGRAFÍAS EN GESTANTES
SA-S1-F9	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE VIH
SA-S1-F10	CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO (Para pacientes del servicio de sala de procedimientos)
SA-S1-F11	CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN/RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO CON PRINCIPIO ACTIVO LEVONORGESTREL

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	PROCEDIMIENTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: ADT-S2-P3	VIGENCIA: 22/08/2023	V3	PÁGINA 4 de 4

SA-S1-F12	CONSENTIMIENTO DE RETIRO VOLUNTARIO Y TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
SA-S2-F3	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS
SA-S2-F8	CONSENTIMIENTO INFORMADO BARNIZ DE FLUOR
SU-S1-F39	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VOLUNTAD ANTICIPADA
SH-S2-F20	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBSERVACIÓN – HOSPITALIZACIÓN
ADT-S3-F1	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA PARA CITOLOGÍA CERVICO - UTERINA
GDR-S6-F6	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN INICIAL DE TRASTORNOS ASOCIADOS A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
GDR-S8-F3	CONSENTIMIENTO-DESESTIMIENTO DE TACTO RECTAL
GDR-S10-F3	CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS EN SALUD PARA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL
GDR-S10-F12	CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS EN SALUD PARA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR
GDR-S14-F1	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
SST-S1-F17	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRÁCTICA FÍSICA Y/O DEPORTIVA

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

PROCEDIMIENTO
DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO



PROCESO:
APOYO DIAGNOSTICO Y
TERAPEUTICO

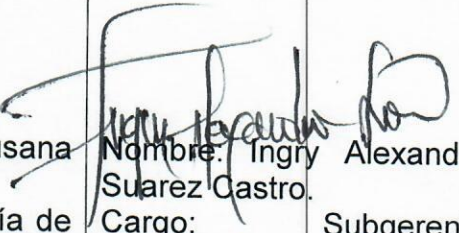
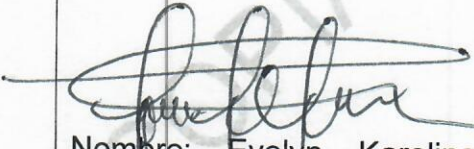
CODIGO: ADT-S2-P3

VIGENCIA: 22/08/2023

V3

PÁGINA 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento:	19/12/2018
2	Modificación del documento:	30/12/2020
3	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de dar cumplimiento al cronograma de actualización de documentos del mapa de procesos del área de Calidad y así mismo obtener una mejora continua en el subproceso "Laboratorio clínico", se realizaron los siguientes ajustes: 1. Actualización de la vigencia. 2. Modificación de codificación y nombre de los registros, consideraciones especiales. 3. Ajustes estructurales.	22/08/2023
 Nombre: Mónica Alejandra Rubio Díaz. Cargo: Coordinadora área Laboratorio Clínico.	 Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta Contratista del área garantía de la Calidad.	 Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica.
 Nombre: Evelyn Karolina García Polanco. Agremiada Asistir.		
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Facebook Instagram YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina