|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descripción: lotipo UCM | **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR** | Código: | GBU-F-31 |
| Versión: | 1 |
| Página: |  1 de 1 |

Yo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identificado con C.C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He sido informado(a) y he comprendido él porque del procedimiento que van a realizar. Me han aclarado las dudas

Acerca del este y los posibles riesgos y complicaciones.

Soy consciente que entre las complicaciones mas importantes esta: hematoma, absceso por encapsulacion del medicamento, hemorragia, lesion del nervio ciatico que se puede manifestar con dolor y paralisis, fasceitis necrotizante, sepsis, muerte.

Doy consentimiento para que se me realice la aplicación de medicamento por via intramuscular ya que se me ha informado de su utilidad y complicaciones, tambien se me explico las consecuencias de la no aplicación del medicamento por via intramuscular.

Declaro que tengo pleno conocimiento de lo consignado en este documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este procedimiento será realizado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalmente, autorizo de manera expresa e inequívoca a la Universidad Católica de Manizales, en calidad de Responsable del Tratamiento, para que directamente, o a través de un tercero trate mis Datos Personales, para las finalidades contenidas en la Política de Privacidad y especialmente para la atención en salud, la cual puede ser consultada en la página web www.ucm.edu.co. Declaro que me fue informada la facultad que tengo para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido pueda generar discriminación. Manifiesto que me fueron señalados mis derechos de consultar, actualizar y rectificar la información y a suprimir o revocar la autorización, a través del correo electrónico secgeneral@ucm.edu.co o en las instalaciones ubicadas en Manizales en la Carrera 23 No. 60 – 63.

Firma del usuario (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del acudiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descripción: lotipo UCM | **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR** | Código: | GBU-F-31 |
| Versión: | 1 |
| Página: |  1 de 1 |

Yo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identificado con C.C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He sido informado(a) y he comprendido él porque del procedimiento que van a realizar. Me han aclarado las dudas

Acerca del este y los posibles riesgos y complicaciones.

Soy consciente que entre las complicaciones mas importantes esta: hematoma, absceso por encapsulacion del medicamento, hemorragia, lesion del nervio ciatico que se puede manifestar con dolor y paralisis, fasceitis necrotizante, sepsis, muerte.

Doy consentimiento para que se me realice la aplicación de medicamento por via intramuscular ya que se me ha informado de su utilidad y complicaciones, tambien se me explico las consecuencias de la no aplicación del medicamento por via intramuscular.

Declaro que tengo pleno conocimiento de lo consignado en este documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Este procedimiento será realizado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalmente, autorizo de manera expresa e inequívoca a la Universidad Católica de Manizales, en calidad de Responsable del Tratamiento, para que directamente, o a través de un tercero trate mis Datos Personales, para las finalidades contenidas en la Política de Privacidad y especialmente para la atención en salud, la cual puede ser consultada en la página web www.ucm.edu.co. Declaro que me fue informada la facultad que tengo para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o cuyo uso indebido pueda generar discriminación. Manifiesto que me fueron señalados mis derechos de consultar, actualizar y rectificar la información y a suprimir o revocar la autorización, a través del correo electrónico secgeneral@ucm.edu.co o en las instalaciones ubicadas en Manizales en la Carrera 23 No. 60 – 63.

Firma del usuario (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del acudiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Vicerrectoría de Bienestar y Pastoral  | Aseguramiento de la Calidad  | Consejo de Rectoría | Junio del 2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
|  |  |

**CONTROL DE CAMBIOS**