Otorgo en forma libre mi consentimiento a la profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del servicio médico de la Universidad Católica de Manizales, para que por intermedio suyo, me practique el procedimiento denominado.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En la fecha. Día: \_\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

He sido informada por la profesional sobre los riesgos generales de toda citología y los procedimientos VIA (Visualización del cuello uterino con ácido acético) y VILI (Visualización del cuello uterino con lugol) como se define a continuación:

**Citología** es un examen sencillo que se realiza a las mujeres y consiste en tomar una pequeña muestra de tejido del cuello del útero para ser analizada en el laboratorio, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas.

**La citología** con VIA y VILI es un examen del cuello uterino, vagina y vulva, el cual se realiza mediante la observación con líquidos especiales que se aplican al cuello, vagina o vulva, permitiendo detectar posibles lesiones.

El examen en su totalidad tiene una duración de aproximadamente 20 minutos.

Si está en embarazo o sospecha estarlo, debe comunicarlo, la citología, VIA y VILIS no conllevan riesgos de importancia, pero los efectos secundarios son: Sangrado leve, Sangrado abundante, el cual es muy raro, Dolor durante el procedimiento, usualmente leve, Infección, lo cual es muy poco frecuente

Se debe consultar en caso de presentar: Fiebre, Hemorragia con sangrado mayor que en una menstruación normal, Dolor severo que no responda a analgésicos comunes.

Este examen no genera incapacidad laboral.

No hay ninguna otra limitación en sus actividades normales.

Declaro que aparte de leer este documento, fui advertida por la profesional sobre los cuidados que debo tener antes como son el no uso de cremas, óvulos o duchas vaginales, las relaciones sexuales en los 2-3 días previos y ausencia de sangrado activo (periodo menstrual). Y después del procedimiento, y que la profesional me insistió en que le consultara sobre todas las inquietudes o dudas con respecto al procedimiento y las preguntas que le hice me fueron resueltas satisfactoriamente.

Certifico que el presente documento fue leído y entendido por mí en su integridad.

**ACEPTACION DE EXAMEN**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Numero de Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo pleno uso de mis facultades, y habiendo leído y comprendido esta hoja informativa la cual hace claridad del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informada. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis inquietudes y firmo este documento con libre voluntad.

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 PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**