

## FORMATO GENERAL DE DISENTIMIENTO INFORMADO SÍFILIS GESTACIONAL

### IDENTIFICACIÓN

Santa Marta, DTCH. Fecha: DIA/MES/AÑO Hora: HH:MM

Nombres y apellidos del paciente \_\_\_\_\_

Tipo Documento: CE: \_\_ CC: \_\_ T.I: \_\_ R.C: \_\_ M.S: \_\_ A.S: \_\_ PT\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: CE: \_\_ CC: \_\_ T.I: \_\_ R.C: \_\_ M.S: \_\_ A.S: \_\_ PT\_\_

Identificado con el numero: \_\_\_\_\_

En calidad de pareja de la gestante \_\_\_\_\_ otorgo de forma libre y voluntaria mi disentimiento, para la administración del tratamiento para SÍFILIS GESTACIONAL.

Declaro que he sido educada (o) sobre el diagnóstico, tratamiento y las complicaciones que este tiene en el proceso de gestación, parto, puerperio y al recién nacido. El tratamiento para las sífilis Gestacional son 3 ampollas de penicilina benzatínica de 2,400,000 UI, 1 ampolla semanal por 3 semanas para la gestante y su pareja, Al igual que los laboratorios diagnósticos de control cada 2 meses serología VDRL, instaurado por el personal médico y de salud que se encuentra debidamente capacitado, No obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ellos firmo el presente documento.

Haciéndome responsable de las consecuencias derivadas de esta decisión. Por lo tanto, exonero con la firma de este documento a la institución prestadora del servicio de salud, ESE Alejandro Próspero Reverend, a su personal asistencial y administrativo, de toda responsabilidad sobre las consecuencias producto de esta decisión.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ -

HUELLA

### Profesional o personal de salud que realiza la consejería:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Registro profesional N° (si aplica) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma del profesional o personal de salud**

\_\_\_\_\_