Popayán, Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acepto voluntariamente y autorizo al profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que realice la toma de citología cervicouterina.

Declaro que he sido informada plenamente sobre el procedimiento a realizar, los beneficios, riesgos, la preparación previa y las posibles complicaciones del procedimiento que se me ha descrito y que me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

Riesgos:

- Leve y mínimo sangrado

- Molestia, sugestivo de la toma.

- El no reclamar oportunamente el resultado puede retrasar el diagnóstico y tratamiento de posibles anormalidades presentadas.

En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL USUARIO FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

C.C. C.C