	FORMATO	CÓDIGO	GAM-EGE-FO-521
		VERSIÓN	01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TACTO RECTAL	VIGENCIA	15/04/2025
		PÁGINA	1 de 2

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE				FECHA
ID	Tipo y No.			EDAD
SEXO	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	SEDE		

Declaro que he acudido a consulta médica para terapia y rehabilitación, que he discutido mi situación actual de salud, la naturaleza del procedimiento recomendado, los posibles riesgos y beneficios de dicho procedimiento. También, se me ha brindado suficiente tiempo para hacer preguntas y/o aclarar dudas, las cuales confirmo que han sido despejadas satisfactoriamente.

**ÁREA DE PROCEDIMIENTO:** Región perianal y rectal

El tacto rectal es un procedimiento clínico sencillo, realizado por un profesional de la salud, que permite palpar la glándula prostática y otros órganos para detectar posibles alteraciones compatibles con cáncer u otras patologías.

El tacto rectal implica la introducción de un dedo por el canal anal para la palpación de la próstata como parte necesaria del examen físico urológico en varones que requieran tamizaje o seguimiento de patologías de próstata. Y en mujeres esta valoración ayuda a detectar patología intestinal baja o complementar el examen pélvico vaginal.

Este procedimiento forma parte de la estrategia de detección temprana del cáncer de próstata, en conjunto con la prueba del antígeno prostático específico (PSA), conforme a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Beneficios:**


- Precisión diagnóstica de posibles patologías,
- evaluación y diagnóstico de presuntos defectos anatómicos y
- correlación de hallazgos en imágenes diagnósticas con respecto al examen físico.

**Riesgos:**

- Diagnóstico tardío de enfermedades
- Diagnóstico incorrecto
- Posibilidad de no mejorar la condición clínica que generó esta consulta
- Tratamiento inapropiado

**CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN:** Toda la información del paciente será tratada de manera confidencial y utilizada únicamente con fines médicos y de seguimiento terapéutico, respetando la normativa de protección de datos personales.

  
**Adolfo Leon Rayo**  
**Médico General**  
**Rm. 14192**

	FORMATO	CÓDIGO	GAM-EGE-FO-521
		VERSIÓN	01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TACTO RECTAL	VIGENCIA	15/04/2025
		PÁGINA	2 de 2

Consentimiento

Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida, se me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiesto que he entendido las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar y los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance que conlleva la prueba que aquí autorizo. En tales condiciones,

YO \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que se me realice el  
TACTO RECTAL.

Día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Firmas:

Paciente \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*En caso de paciente menor de edad, o ante imposibilidad del paciente de tomar la decisión.*

Acudiente \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Reg. Médico No. \_\_\_\_\_

Negación o Revocación

Yo \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi negación/ revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Firmas:

Paciente \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*En caso de paciente menor de edad, o ante imposibilidad del paciente de tomar la decisión.*

Acudiente \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Reg. Médico No. \_\_\_\_\_

Adolfo Leon Rayo

Médico General

Rm. 14192