ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	"SUBSECRETARIA DE GESTION TERRITORIAL, PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL"			
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE TRAZADOR / FAMILIA TRAZADORA			
	Código:	PRUEBA	Versión:	1

Elaborado por: Equipo ASC / Revisado por: Catalina Palomino Ovalle / Aprobado por: Johanna Torres Ruiz

CIUDAD Bogotá FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 2024 HORA: 11:00am

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

SISS: Centro Oriente

Estrategia : Casa - Casa

Localidad: San Cristobal

Yo Susana Bonilla identificado con RC __ TI __ CC X CE __ OTRO ___ Número 51660122 de _____ actuando en representación propia o en representación de _____ identificado con RC __ TI __ CC __ CE __ OTRO ___ Número _____ de _____ con parentesco _____ , una vez informado del proceso y manejo que se dará a la información relacionada con los servicios de salud recibidos por mi como paciente, de parte del EAC de la SISS _____, cuyo propósito es evaluar la calidad y completitud de atención de los pacientes abordados en la estrategia y en la metodología del Paciente Trazador, la cual permitirá identificar fortalezas y oportunidades de mejora logrando la atención del usuario y fortaleciendo el MTS. Autorizo al EAC a conocer mi información personal y clínica para tal fin.

En consecuencia, decido **ACEPTAR**: X , **NO ACEPTAR**: ___ , en la actividad de evaluación, bajo la metodología del paciente trazador.

Firma: Susana Bonilla

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

Razón por la que no firma: _____

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	"SUBSECRETARIA DE GESTION TERRITORIAL, PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL"			
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE TRAZADOR / FAMILIA TRAZADORA			
	Código:	PRUEBA	Versión:	1

Elaborado por: Equipo ASC / Revisado por: Catalina Palomino Ovalle / Aprobado por: Johanna Torres Ruiz

CIUDAD Bogotá FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 2024 HORA: 8:30

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

SISS: Centro Oriente

Estrategia : Rteo

Localidad: Rafael Uribe

Yo Teresa Rodriguez identificado con RC __ TI __ CC X CE __ OTRO ___ Número 41416208 de _____ actuando en representación propia o en representación de _____ identificado con RC __ TI __ CC __ CE __ OTRO ___ Número _____ de _____ con parentesco _____ , una vez informado del proceso y manejo que se dará a la información relacionada con los servicios de salud recibidos por mi como paciente, de parte del EAC de la SISS _____, cuyo propósito es evaluar la calidad y completitud de atención de los pacientes abordados en la estrategia y en la metodología del Paciente Trazador, la cual permitirá identificar fortalezas y oportunidades de mejora logrando la atención del usuario y fortaleciendo el MTS. Autorizo al EAC a conocer mi información personal y clínica para tal fin.

En consecuencia, decido **ACEPTAR**: ___ , **NO ACEPTAR**: ___ , en la actividad de evaluación, bajo la metodología del paciente trazador.

Firma Teresa Rodriguez

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

Razón por la que no firma: _____

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería

Powered by CamScanner

3

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	"SUBSECRETARIA DE GESTION TERRITORIAL, PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL"			
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE TRAZADOR / FAMILIA TRAZADORA			
	Código:	PRUEBA	Versión:	1

Elaborado por: Equipo ASC / Revisado por: Catalina Palomino Ovalle / Aprobado por: Johanna Torres Ruiz

CIUDAD Bogota FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 2024 HORA: 9:50

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

SISS: Centro oriente

Estrategia : Ruta

Localidad: Rafael Uribe

Yo Blanca Elena Galindo identificado con RC __ TI __ CC X CE __ OTRO ___ Número 41592070 de Bogota actuando en representación propia o en representación de _____ identificado con RC __ TI __ CC __ CE __ OTRO ___ Número _____ de _____ con parentesco _____ , una vez informado del proceso y manejo que se dará a la información relacionada con los servicios de salud recibidos por mi como paciente, de parte del EAC de la SISS _____, cuyo propósito es evaluar la calidad y completitud de atención de los pacientes abordados en la estrategia y en la metodología del Paciente Trazador, la cual permitirá identificar fortalezas y oportunidades de mejora logrando la atención del usuario y fortaleciendo el MTS. Autorizo al EAC a conocer mi información personal y clínica para tal fin.

En consecuencia, decido **ACEPTAR**: ___ , **NO ACEPTAR**: ___ , en la actividad de evaluación, bajo la metodología del paciente trazador.

Firma: _____ Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)

Razón por la que no firma: _____

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería

Powered by CamScanner