E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Wilmar Castellano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kevin Castellano identificado RC O TI 1096815064 Estudiante de grado: Jardin de la institución educativa: CDI

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: WILMAR CASTELLANOS M.

CC: 14 326 189

TEL: 321 334 7140

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nancy Vila, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815248, en calidad de padre, madre o responsable del menor Pibr Andres Vera identificado RC O TI 1042213647 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Institucion Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Nancy Lona.

CC: 1001815248

TEL: 3054530843

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nancy Villa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1001815248, en calidad de padre, madre o responsable del menor Michell Quiroz identificado RC O TI 1042214325 Estudiante de grado: 6º de la institución educativa: Ins Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Nancy Villa L.

CC: 1001815248

TEL: 3051530843.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

800

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Miladys Cortez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28 488 806, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luciana Michelle Romero Cortez identificado RC O TI 1.042.214.668. Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Miladis Cortes Hernandez

CC: 28'488.806

TEL: 315 482.9829

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Milena Sastre, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042210640, en calidad de padre, madre o responsable del menor Diego Alejandro Jaimes. identificado RC O TI 1042.213.155 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042210640

TEL: 322 327 6622

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

802

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elizabeth Florez Palacio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212289, en calidad de padre, madre o responsable del menor María Gabriela Florez identificado RC O TI 1095844.886 Estudiante de grado: preescolar de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Elizabeth Florez palacio

CC: 1042 212 289

TEL: 320 930 8873

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Tovar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815132 en calidad de padre, madre o responsable del menor Brener Elia Tovar identificado RC O TI 1042212554D Estudiante de grado: Pre Kinder de la institución educativa: I.E la patia

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 1001815132

TEL: 3506503715

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nancy Paloma, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001814885, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kael David Paloma identificado RC O TI 1042215540 Estudiante de grado: Pre Kinder de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Nancy Paloma

CC: 1001814885

TEL: 3122117682

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

805

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Liseth montiel, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.75104, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres montiel identificado RC O TI 9030173 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I. E. luis Eduardo

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: [signature]

CC: 6375104

TEL: 3168226115

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

806

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elibeto Calderon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1001815510 en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis David Calderon. identificado RC O TI 1042215326 Estudiante de grado: Jardin de la institución educativa: Colegio Cruz bayitales remedios Ant.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Elibeto calderon

CC: 1001815510

TEL: —No tiene—

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

807

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Katerin Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039703852, en calidad de padre, madre o responsable del menor Zulay Buitrago RUIZ identificado RC O TI 1039703905 Estudiante de grado: 4Q de la institución educativa: Ins Ed. Luis Eduardo. Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Katerin Ruiz

CC: 1039703852

TEL: 3187813604

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Katerin Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039703852, en calidad de padre, madre o responsable del menor Marlon Andres morales identificado RC O TI 1042215382. Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Ins. Ed. luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: katerin RUIZ

CC: 1039703852

TEL: 3187813604

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

B. la paz. 809

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlina Cecila Carrillo G, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096215284, en calidad de padre, madre o responsable del menor Erik Fabian Chavarro identificado RC O TI 1002213720 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: carinacecila carrillo

CC: 1096215284

TEL: 3134067454

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

810

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Lucia Arrollo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 22991243, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alexandra Chavera identificado RC O TI 1042212003 Estudiante de grado: - de la institución educativa: Sin Actividad.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maria Lucia

CC: 22991243

TEL: 3145475968

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidys Pedroza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1052560957, en calidad de padre, madre o responsable del menor Evangeline Mattos identificado RC O TI 1042215507 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Edo Daz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leydis Pedroza M.

CC: 1052570957

TEL: 3182697931

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

812

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Robinson Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096203712 en calidad de padre, madre o responsable del menor Junior Gutierrez identificado RC O TI 1042215774 Estudiante de grado: 1º de la institución educativa: Barranquilla (Atl)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Robin G

CC: 1096203712

TEL: 3166891391

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

813

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Katerine Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (a) Número: (1042) 1096186842 en calidad de padre, madre o responsable del menor Angel Josue Avila identificado RC O TI 1042215674 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: KATERINE GUTIERREZ

CC: 1096186842

TEL: 3015743772

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

814

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luisa Fernanda Riaño Vargas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001444761, en calidad de padre, madre o responsable del menor Antoni Cifuentes identificado RC O TI 1042215640 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Inst Ed. Luis Edo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luisa Fernanda Riaño

CC: 1001444761

TEL: 3173057290.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gladys. Mercedes morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63470483, en calidad de padre, madre o responsable del menor Shayra Payares. Osma identificado RC O TI 1096227098 Estudiante de grado: 5º de la institución educativa: Col. luis carlos Galan (Bicdecuesta)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Gladys Mercedes M.

CC: 63470483

TEL: 3155150234

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, July Tatiana Tarazona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1050543387 en calidad de padre, madre o responsable del menor Danna Sofia Tarazona identificado RC O TI 1095820965 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Vereda Vietnan.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: July Tarazona.

CC: 1050543387.

TEL: 3116977310.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

817

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, July Tatiana Tarazona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1050543387, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ana Lucia Sierra Tarazona identificado RC O TI 1042214902 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Vereda Netran.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yuli tarazona.

CC: 1050543387.

TEL: 3116977310.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sorany Avila, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1007633550, en calidad de padre, madre o responsable del menor Molle gerad Gomez Avila identificado RC O TI 1042214735 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Int. Darino (Ant.)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sorany Avila Salamanca

CC: 1007633550

TEL: 3142727340

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yud Alejandro Benitez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815582, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dayan Camilo Jaramillo identificado RC O TI 1042215838. Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Inst. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1001815582

TEL: 3166117044

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

820

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Judy Alejandra Benitez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1001815582, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Angel Rodriguez identificado RC O TI 1042212833 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Inst Ed. Luis Edo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: [signature]

CC: 1001815582

TEL: 3166170404

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mayud Ospina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096 226325, en calidad de padre, madre o responsable del menor Matias Alvarez identificado RC O TI 1042213819 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: I.E. Luis Edo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: maira Geraldin o.

CC: 1096226325

TEL: 3183838212

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

822

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luceyi Long, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 102616369, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maximiliano Villa Long identificado RC O TI 21.950 853 Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Inst Ed Luis Ecto Diaz la Patrial

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luceyi L B

CC: 21950853

TEL: 312 311 29 38

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

823

Coliseo
3 DIC

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rodulfo leon Bohorquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21.950.164, en calidad de padre, madre o responsable del menor Joel Andres Suarez Sierra identificado RC O TI 1042247762 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I.E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rodulfo leon Bohorquez

CC: 21950164

TEL: 3112436450

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rodolfa leon Bohorquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950 164, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ayelen Suarez Siera identificado RC O TI 1042214321 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I.E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rodolfa leon Bohorquez

CC: 21950164

TEL: 3772430560

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

825

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosa Maria Paez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63.462.521 en calidad de padre, madre o responsable del menor Oscar Alejandro Oliveros Paez identificado RC O TI 1029300749 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rosa Maria Paez Holguin.

CC: 63' 462.521

TEL: 316 533 9607.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

826

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Estela Ochoa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21.928712, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carol dayana Polgarin Batista identificado RC O TI 1042213009 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: San francisco CBogota

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Estella choa

CC: 21.928712

TEL: 3146591770

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Fabiola Gualdo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 22.028031, en calidad de padre, madre o responsable del menor Naylen Mariana Gonzalez identificado RC O TI 1096813388 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Fabiola Gualdo

CC: 22028031

TEL: 320 859 05 33

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

828

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Xiomara Sanchez B, identificado(a) con documento de identidad T.I. (X) CC (X) Número: 24717371, en calidad de padre, madre o responsable del menor Santiago Gomez Sanchez identificado RC O TI 1023541215 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 24717371

TEL: 3003661061

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Paola Andrea Rendon Fernandez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1098761723, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Adrian Cujar Rendon identificado RC O TI 1102642502 Estudiante de grado: primero de la institución educativa: Oasis

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: PaolaRendonFernandez

CC: 1098761723

TEL: 3184200337

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lucefi Luna, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950853, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yulian Andres Trespalacio identificado RC O TI 1042213429 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Lucelli 2 B

CC: 21950853

TEL: 3123112438

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jose luis macias Gonzalez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 15452041, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel David Macias identificado RC O TI 1097198587 Estudiante de grado: 6² de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 15452041

TEL: 3183055807

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

832

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yessica Ortga Alarcon., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042213013, en calidad de padre, madre o responsable del menor Erika sofia Hernandez Ortega identificado RC O TI 1042213847 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jesica Julieth ortga Alarcón

CC: 1.042213013

TEL: 3227000421.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yessica Ortiz Alarcon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042213013, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gabriela Valentina Hernandez identificado RC O TI 1118577491 Estudiante de grado: Encara. de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jesica Julieth ortiga Alarcón

CC: 1-042213013

TEL: 3227000421

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

Hiva 834

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yessica Ortega Alarcon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213013, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mavi Estrella Alarcon Ortega identificado RC O TI 1041214805 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Jose Eduardo Diez

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jesica Julieth Ortega A.

CC: 1042213013

TEL: 3227000421

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Shirley katrine cortez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042210800, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan santoyo Amaya identificado RC O TI 1042214088 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Jose. Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Shirley cortes

CC: 1042210800

TEL: 3123360619

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

836

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Edelay Sajonero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 30874300, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Pedroza identificado RC O TI 1042212812 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Edelay Sajonero

CC: 30874300

TEL: 3153015943

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Paula Andrea Castillo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042214036 en calidad de padre, madre o responsable del menor Saday Sofia Castillo identificado RC O TI 1042244386 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Paula Castillo

CC: 1042214036.

TEL: 3243479956

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Janith Carranquilla Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1049316815, en calidad de padre, madre o responsable del menor Neimar Reyes identificado RC O TI 1042212808 Estudiante de grado: 7. de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Janith CM

CC: 1049316815

TEL: 3214571244.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Janit Camargo Martinez identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1049316815 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jesus David Reyes Garcia identificado RC O TI 1097203356 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Janith CM

CC: 1049316815

TEL: 3214571299

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Helena Yepes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042210286 en calidad de padre, madre o responsable del menor Alejandra Avila identificado RC O TI 1042213951 Estudiante de grado: En casa de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Helena Yepez.

CC: 1042210286

TEL: 304 614 45 22

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Anotiba Ortiz Herrera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37686790, en calidad de padre, madre o responsable del menor Feimi Farid Ortiz identificado RC O TI 1042212741 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 37686790

TEL: 3143060591

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

842

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leda Veronica Aconcha, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1001814957, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sheila Paola Pacheco identificado RC O TI 1020144998 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leda Veronica aconcha saavedra

CC: 1001814957

TEL: 3126665543

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Natalia Rojas Pinzon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1097184966, en calidad de padre, madre o responsable del menor Isaac Rojas Pinzon identificado RC O TI 1042212811 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Luis Eduardo Mora

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Natalia P.

CC: 1097184966

TEL: 3138555552

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Victoria Marquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1002643412, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose Manuel Miranda identificado RC O TI 1042 214 266 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Jose Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: maria victoria marquez

CC: 1002643412

TEL: 3118166587

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

845

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Victoria Marquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1002643417, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dana Salome Monsalve identificado RC O TI 1042214952 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Jose Eduardo Gaviria

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maria Victoria Marquez

CC: 1002643417

TEL: 3118165887

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Victoria Marquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1002643412, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keiry Damian Miranda identificado RC O TI 1041213367 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: María Victoria Marquez

CC: 1002643412

TEL: 3118166587

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yelly Tatiana Herrera Pineda., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1.042.213.208, en calidad de padre, madre o responsable del menor Nicolas Andres Herrera identificado RC O TI 1042213373 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yelly Tatiana Herrera P.

CC: 1.042.213.208

TEL: 3024561050

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana cecilia Alarcón Maldonado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1094277177, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kenner Alejandro Chaux Alarcón identificado RC O TI 1094277177 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Alto Cimitarra

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diana Alarcon

CC: 1094277177

TEL: 3187145723

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maitha Girela Cotrina Maldonado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096220956, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara valentina. Cotrina identificado RC O TI 1094203183 Estudiante de grado: 4. de la institución educativa: Alto cimitarra.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maitha Cotrina.

CC: 1096220956

TEL: 3154703402

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Martha Gisela Catrina Maldonado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096220956 en calidad de padre, madre o responsable del menor Hellen Sincero identificado RC O TI 1047206614 Estudiante de grado: en casa de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Martha Catrina

CC: 1.096220 956

TEL: 315 420 3402

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Bertha Inés Giraldo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950300, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maria José Morales identificado RC O TI 1042214652 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 21950300

TEL: 3218687873.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

852

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Aeshu Inor Grodelo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950300, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mathias Chinchilla identificado RC O TI 1096810740 Estudiante de grado: Jonlis de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 21950300

TEL: 3218687873.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Martha Gisela Catrina Maldonado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096220956, en calidad de padre, madre o responsable del menor Stiven Sinero identificado RC O TI 1042214306 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Alto Cimitarra

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Martha Catrina

CC: 1096220 956

TEL: 3154703402

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LEYCI SOLANO GALVIS, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37'878.558, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angelo David Gallen identificado RC O TI 1097107846 Estudiante de grado: 10° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 37'878.558

TEL: 320-4167385

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kelly Johana Batista, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212627 en calidad de padre, madre o responsable del menor Miguel Angel Polyanin identificado RC O TI 1096804143 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042212627

TEL: 3147416358

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kelly Johana Batista, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212627, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dana saray Varon identificado RC O TI 1042215518 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: San Francisco.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: KAB

CC: 1042212627

TEL: 3142716358

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lucy Hoyos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37685647, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis David Nicto Jiminez identificado RC O TI 1.042 213 698 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Lucy Hoyos

CC: 37685642

TEL: 3135219291

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

858

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kelly Johana Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212970, en calidad de padre, madre o responsable del menor Oliver Baldovino identificado RC O TI 1096248379 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Calvo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Kelly Rodriguez

CC: 1042212970

TEL: 3154447253

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kelly Johana Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212470, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mia Balbuena identificado RC O TI 1221465706 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Kelly Rodriguez

CC: 1042212470

TEL: 3154447253

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

860

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Merchan, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37577207, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sebastian Santoque identificado RC O TI 1096803489 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Infantas

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maria Merchan.

CC: 37577.207

TEL: 3118331898.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Mercan, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37577207, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel Sastre identificado RC O TI 1.096806457 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Infantes

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: María Mercan

CC: 37.577.207

TEL: 3118331898

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Jaramillo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21949931, en calidad de padre, madre o responsable del menor Celineth Ocalle identificado RC O TI 1042212659 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: # Ignacio Tejer Tejer

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: María Gliceria. Jaramillo.

CC: 21949931

TEL: 3161944596

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

863

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Jaramillo Abuela, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21949931, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Cardenas identificado RC O TI 1096811335 Estudiante de grado: 1096811335 (5) de la institución educativa: (Gain) José Eduardo Duque

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maria Clicenia Jaramillo

CC: 21949931

TEL: 3161944596

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

Concha - 2 DIC 884

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Erida Mosquera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28.020.082, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jader Bayos Mosquera identificado RC O TI 1042234 36. Estudiante de grado: 5º de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Mª Erida Mosquera.

CC: 28.020.082

TEL: 315.5799228

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

2 DIC 865

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Mila Hernandez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63474062, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yader Carvajal Hernandez identificado RC O TI 1097201964 Estudiante de grado: 4. de la institución educativa: La Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Mila Hernandez
CC: 63474062
TEL: 3155130249

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Freidy Cantillo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042213812, en calidad de padre, madre o responsable del menor Thiago Andres cantillo identificado RC O TI 1096822150 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Mi nuevo horizonte

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042213812

TEL: 3222124054

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Cruz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950 699, en calidad de padre, madre o responsable del menor Heyner Hurtado identificado RC O TI 1097809710 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Mi nuevo Horizonte.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 21950699

TEL: 3153309416.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

868

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Eneguiver Martinez Lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1035398[illegible], en calidad de padre, madre o responsable del menor Martinez Martin Samuel identificado RC O TI 1097207613 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Oasis

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1035395[illegible]

TEL: 3204948501

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

669

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ezequiel martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 13853952, en calidad de padre, madre o responsable del menor Felipe Martinez identificado RC O TI 1042215523 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: OISU

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 13853952

TEL: 3204948501

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

870

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DIANA MARCELA MADERA FERNANDEZ, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1.098661.545, en calidad de padre, madre o responsable del menor DYLAN SANTIAGO MARTINEZ MADERA identificado RC O TI 1185464431 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: LUIS EDUARDO DIAZ

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: DIANA MADERA

CC: 1.098.661.545

TEL: 3186435830

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DIANA MARCELA MADERA FERNANDEZ, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1.098661545 en calidad de padre, madre o responsable del menor MIGUEL ANGEL JIMENEZ identificado RC O TI 1042120481 Estudiante de grado: 3º de la institución educativa: LUIS EDUARDO DIAZ

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: DIANA MADERA

CC: 1.098661.545

TEL: 3186435830

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

872

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yasmin León Acosta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 28469764, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valerin Sofía Ramos León identificado RC O TI 1096808579 Estudiante de grado: 7!F de la institución educativa: Liceo Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yasmin León Acosta.

CC: 28469764

TEL: 3112692413

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ana María García Cacua, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.469.878, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emmanuel Galindo García. identificado RC O TI 1042.214684 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: CER La Primavera sede La Represa

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: [signature]

CC: 63 469.878

TEL: 3153637416

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, José Duban Mosquera Mena, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042211330, en calidad de padre, madre o responsable del menor Javier Alejandro Segura Guaza identificado RC O TI 1280237 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Institución Educativa Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042211330

TEL: 3174559725

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

876

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Liliana Galvis, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950599, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyra Beleño identificado RC O TI 1097207.408. Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Col. Nuevo Horizonte Yondó

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Liliana G.

CC: 21950599

TEL: 3227930838

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mileidis Rodriguez Pinzon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (a) Número: 1042214503, en calidad de padre, madre o responsable del menor Neithan Fonseca Pinzon. identificado RC O TI 1042214970 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Col. Nuevo Horizonte

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Mileidy Pinzón.

CC: 1042214503

TEL: 3138258260.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gloria Cecilia Chazi, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28.013.556, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres Mauricio Delgado identificado RC O TI 1099745510 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 28013556

TEL: 3175438392

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yasmin leon Acosta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 28'469764, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhan Alexander Ramos leon identificado RC O TI 1097205188 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: I. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yasmin León Acosta

CC: 28469764

TEL: 3112692413

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Pamela Patiño Navarro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042215077, en calidad de padre, madre o responsable del menor Nathán David Galvan Patiño identificado RC O TI 1042215SP Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: I.E. Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042215077

TEL: 3208269107.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

881

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Glora Cecilia Chazi, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 28013556, en calidad de padre, madre o responsable del menor Matias Delgado Pico identificado RC O TI 1042220840 Estudiante de grado: P de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 28013556

TEL: 3175438592

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, CLAUDIA PEREZ, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1015999756, en calidad de padre, madre o responsable del menor LIAM MATHIAS GARCIA PEREZ identificado RC O TI 1096813371 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: LUIS EDUARDO DIAZ

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: CLAUDIA PEREZ

CC: 1015999756

TEL: 3023660842.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alvaro Conde, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 71.194.393, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alis Sofia Conde identificado RC O TI 1096815174 Estudiante de grado: Jardin de la institución educativa: Diego Hernandez de Gallego (Buga Bja)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 71194393

TEL: 3143523901

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

884

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alvaro Conde, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 71194393, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ronald Alejandro Conde identificado RC O TI 1096807342 Estudiante de grado: 8º de la institución educativa: Jhon F Kennedy (Bco. Bja)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 71194313

TEL: 3143523901

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

885

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Natalia Andrea madrigal A, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039692279, en calidad de padre, madre o responsable del menor Richard Smith madrigal. identificado RC O TI 1039698531 Estudiante de grado: 6º de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Natalia Madrigal.
CC: 1039692279.
TEL: 3223452961

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Natalia Andrea Madrigal, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039692279, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luana Madrigal identificado RC O TI 1039704242 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Natalia Madrigal.

CC: 1039692279

TEL: 3223452961

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Mara Orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950736 en calidad de padre, madre o responsable del menor Fric Daza identificado RC O TI 1039.689 572 Estudiante de grado: 7º. de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: DIANA OROZCO

CC: 21950736

TEL: 3106692556

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leydi Villada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039690684, en calidad de padre, madre o responsable del menor Said Elian Perez identificado RC O TI 1039700823 Estudiante de grado: Jardin de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leidy Villada

CC: 1.039.690.684

TEL: 3105224467

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Libia Rosa García morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 43.450581, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeison Andres montoya identificado RC O TI 1096806754 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Sin Act.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Libia Rosa

CC: 3 15 7 52 3 8 2 5

TEL: 434 50587

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

890

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jasmin Esperanza Agredo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950933, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis David Martinez identificado RC O TI 1042213219. Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: I. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yasmin agredo

CC: _____

TEL: 3226579296

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marta liliana moreno, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1096194944, en calidad de padre, madre o responsable del menor Geisy Salet martinez identificado RC O TI 1042213479 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1096194944

TEL: 3172992109

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

892

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yurel Domínguez Mendez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096248113, en calidad de padre, madre o responsable del menor Eilen Domínguez Mendez identificado RC O TI 1097212272 Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Col. Malfore (Bucaramanga)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yurel Domínguez M

CC: 1096248513

TEL: 3178479378

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alberto Pacheco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 73.591085, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel David Pacheco identificado RC O TI 1042213865 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: [signature]

CC: 73591085

TEL: 3013756284

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

894

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sara Sofia Muñoz Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096539901 en calidad de padre, madre o responsable del menor: Matias Muñoz. Gomez identificado RC O TI 1097194281. Estudiante de grado: 9º de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sara Muñoz

CC: 1096539901

TEL: 3213364840

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yenni Gonzalez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212572, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valentina Vargas identificado RC O TI 1042213123 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yenny Gonzalez

CC: 1042212572

TEL: 3161864882

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jenni Gonzalez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212572, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeri Vargas. identificado RC O TI 1042212273 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jenny Gonzalez

CC: 1042212572

TEL: 3167864882

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cristian Fdo morales., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042215060, en calidad de padre, madre o responsable del menor luis Fernando morales identificado RC O TI 1042215598 Estudiante de grado: Pie escolar de la institución educativa: Inst. Ed. luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042215060

TEL: 3014572339

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

698

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Bladimiro Cuadro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3'947090, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maithe Patricia Cuadro Pacheco identificado RC O TI 1042213851 Estudiante de grado: 4o de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Bladimiro Cuadro

CC: 3'947.090

TEL: 3023135620

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

899

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ivan Antonio Torres Pacheco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3.880834, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Yuley Lozano Bellla identificado RC O TI 1046237172 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz (Lapaz)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Karina Vanegas

CC: 1143260642

TEL: 3187363888

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

900

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ivon Antonio Torres Pacheco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3.880.834, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dasha Sofia Lozano Vellla identificado RC O TI 1097431022 Estudiante de grado: 1°. de la institución educativa: I. E. los Eduardo Diaz (la patna)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Karma Vanegas

CC: 1143260642

TEL: 3187363888

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosibell calle Sanabria, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096255647, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yofran Smit Calle identificado RC O TI 1042213479 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Remedios (Ant)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rosibel calle

CC: 1096255647

TEL: 3128538387

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ronald Sneyder Padilla Padilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096204364, en calidad de padre, madre o responsable del menor Michell Ariana Padilla identificado RC O TI 1097210678. Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Ronal Padilla.

CC: 1096204364

TEL: 324 681 5075

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ronal. Snaqde Padilla padilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096204364 en calidad de padre, madre o responsable del menor Ronal Alexander Padilla Garcia identificado RC O TI 1096.229.445. Estudiante de grado: 7° de la institución educativa: Ins. Ed. luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Ronal Padilla.

CC: 1096 204 364

TEL: 324 681 5075

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

904

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Martha luz Aleman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1052216558, en calidad de padre, madre o responsable del menor Karina Gomez Aleman identificado RC O TI 1096214797 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Martha Aleman

CC: 1052216558

TEL: 3046614821

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

907

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Villamaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Juana Sanchez pedraza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 28.322.983, en calidad de padre, madre o responsable del menor Asly Luciana Sierra Berrio identificado RC O TI 1101210048 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: I.E. C.E.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Juana Sánchez

CC: 28322983

TEL: 3175270767

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marielis Arcia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1099 964 768, en calidad de padre, madre o responsable del menor Josue David Torres Arcia identificado RC O TI 1042 214 485 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: I.E.L.P.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marielis

CC: 1099 964 768

TEL: 323 464 62 14

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maricris Arcia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1099 964 768 en calidad de padre, madre o responsable del menor Alisoa torres Arcia identificado RC O TI 1042213433 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: I.E.C.E.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Mariem

CC: 1099 964 768

TEL: 323 464 62 14

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Patricia Cano Marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37576970, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angel Arley Cano Franco identificado RC O ~~TI~~ 1096230689 Estudiante de grado: 5o de la institución educativa: I. E. C. E. D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diana Patricia Cano Marin

CC: 37576970

TEL: 3155367213

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

911

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Patricia Cano Marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37576970, en calidad de padre, madre o responsable del menor Paula Andrea Medina Cano identificado RC O TI 1042212916 Estudiante de grado: 7- de la institución educativa: I.E.L.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diana Patricia Cano

CC: 37576970

TEL: 3155367213

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

912

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrea Carolina Medina Germán, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1.096.211.650, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Espinosa Medina identificado RC O TI 1.097.206.472 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I.E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Carolina Medina

CC: 1.096.211.650

TEL: 3152642543

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrea Carolina Medina Guzmain, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1.096211.650, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeria Espinosa Medina identificado RC O TI 1096.230.031 Estudiante de grado: 7° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Andrea Medina

CC: 1.096211.650

TEL: 3152642543

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

914

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lilia villar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1198999364, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ezequiel machuco identificado RC O TI 1042215582 Estudiante de grado: Prescolar de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: LILIA villar

CC: 1198999364

TEL: 3777298379

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

915

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica Duarte Rivera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096206990, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jired Juliana Altamiranda identificado RC O TI 1042214305 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: I.E.L.E.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Monica Duarte

CC: 1096206990

TEL: 3164600707.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

916

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosa elvira Ospina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 27950900, en calidad de padre, madre o responsable del menor Reina Yajaira Mora Ospina identificado RC O TI 1042213854 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: I. E. E. D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rosa Ospina

CC: 27950900

TEL: 3135088582

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gloria Duartes Escobar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63.457.076, en calidad de padre, madre o responsable del menor María José Vergara Duarte identificado RC O TI 1096807708 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: I.E.L.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 63457076

TEL: 3185462387

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Flor angela quitian Machuca, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63.477772, en calidad de padre, madre o responsable del menor Anderson david castillo quitian identificado RC O TI 1042212885 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Jorge Eliecer Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Flor angela

CC: 63.477772

TEL: 3163977569

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jaqueline, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042104128, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhonathan David Corrado Prada identificado RC O TI 1042213727. Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Jur Lelo Dior

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jaqueline

CC: 1042210412

TEL: 3146981767 6

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Erika Yurany Aguirre Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212869, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yoranys Tangarife Aguirre identificado RC O TI 1148944002 Estudiante de grado: 7º de la institución educativa: I.E.L.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Erika Aguirre

CC: 1042212869

TEL: 3186929586

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gladys Andrea Cadavid Valencia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042213222, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sugely Rojas Cadavid. identificado RC O ~~TI~~ 1096229833 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: I. E. L. D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sugerly madelen Rojas

CC: 1096229533

TEL: 3161804469

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gladys Andrea Cadavid Valencia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042213222, en calidad de padre, madre o responsable del menor Esperanza Pedroza Cadavid identificado RC O TI 1097210936 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: I.E.L.D

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sugeily madelen Roxa

CC: 1096229533

TEL: 3125812098

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana stella Zapata., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21588620, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel David Restrepo Zapata. identificado RC o TI 1038123381 Estudiante de grado: 7° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diana Stella Zpta.

CC: 21588620

TEL: 3167170139.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

924

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sergio Stiven Beltran, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1007167476, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maia Beltran Sepulveda identificado RC O TI 1096233241 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Medellin

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sergio Beltran

CC: 1007167476

TEL: 3148210357

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

925

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sergio Steven Beltrán, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1007 169 476, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elizabeth Beltran Orozco identificado RC O TI 1023546869 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Institucion E. C. D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Sergio Beltrán

CC: 1007 169 476

TEL: 314 621 6357

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

926

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angela Arrta Marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096229087, en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabella Arrta Becerra identificado RC O TI 1042215299 Estudiante de grado: Primero de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Angela Arrta Marin

CC: 1096229087

TEL: 3244691038

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

23

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Brayan Fabian Mazo ortega, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096185234, en calidad de padre, madre o responsable del menor Fabian alexis Mazo castro. identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Vereda el bogre.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Brayan Mazo.

CC: 1096185234

TEL: 311 676 74 25

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

928

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angie Patricia Gonzalez Guerrero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1062980072, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariana camila Gonzalez Guerrero identificado RC O TI 1070992929 Estudiante de grado: En casa de la institución educativa: En: CASA

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Angie Gonzalez.

CC: 1062980072

TEL: 3116760831

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, M Rubiela cifuentes f, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950282, en calidad de padre, madre o responsable del menor sofia cardona identificado RC O TI 1042214614 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: M Rubiela cifuentes f

CC: 21950282

TEL: 3202604484

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmen Hernandez Mavin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950180, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel Tovar Hernandez identificado RC O TI 1097207349 Estudiante de grado: 2º de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Carmen Hernandez

CC: 21950180

TEL: 3185360172

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

931

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rubiela cifuentes F, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950282, en calidad de padre, madre o responsable del menor marianaserpa identificado RC O TI 1039696849 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rubiela cifuentes F

CC: 21950282

TEL: 3202604884

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, M Rubiela cifuentes F, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950282, en calidad de padre, madre o responsable del menor alexandra achuri identificado RC O TI 1042210548 Estudiante de grado: NO de la institución educativa: En CASA

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: M Rubiela cifuentes F

CC: 21950282

TEL: 3202604514

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ruby Rubiela cifuentes I, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950282, en calidad de padre, madre o responsable del menor Karol Yuliana Granados identificado RC O TI 1042215369 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Carlos Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Ruby Rubiela cifuentes I

CC: 21950282

TEL: 3202604714

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alix Rodriguez Cifuentes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042120038, en calidad de padre, madre o responsable del menor yorman Stid ojeda Rodriguez identificado RC O TI 1042212950 Estudiante de grado: 7º de la institución educativa: Institucion Educativa Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alix Rodriguez

CC: 1042120038

TEL: 3188888713

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

930

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Omaira Andrea Ciro Calderon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1036132069, en calidad de padre, madre o responsable del menor Monica Yisley Ciro Ciro identificado RC O TI 1056779984 Estudiante de grado: 7º de la institución educativa: I.E.L.D.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Monica Ciro

CC: 1036132069

TEL: 3167469346

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rubiela Almendrales Carmona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1090428162, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariam Antonella Rodriguez A. identificado RC O TI 1042 214 049 Estudiante de grado: 4. de la institución educativa: Luis Eduardo diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1090 428 162

TEL: 300 459 44 16.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Juana Sanchez Pedraza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 28.322983., en calidad de padre, madre o responsable del menor Maria Antonia Ramirez Berrio identificado RC O TI 1052986928 Estudiante de grado: 7a de la institución educativa: Real de mares (Barranca).

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Juana Sanchez

CC: 28.322983.

TEL: 3175270767.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yackelino Coronado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042620452, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Arley Cifuentes Coronado identificado RC O TI 1042215679 Estudiante de grado: encargo de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yackelino coronado

CC: 1042620452

TEL: 3146817676

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yackelme Coronado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042620452, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yirley Sadi Afuentes Coronado identificado RC O TI 1042215131 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yackelme coronado

CC: 1042620452

TEL: 3146817676

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kelly Johana Sanchez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096227418 en calidad de padre, madre o responsable del menor Eshilly Sofia Triana identificado RC O TI 1.097 193 169 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Kelly Sanchez
CC: 1096227418
TEL: 3218267775

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Eliana Andrea Hurtado Bastl, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096248843 en calidad de padre, madre o responsable del menor Yenuby Yaileth Florido H identificado RC O TI 1042215667 Estudiante de grado: En casa de la institución educativa: _____

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Eliana Hurtado Bastl

CC: 1096248843

TEL: 3173427914

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Linda Yhicet Lloreda Córdoba, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042712792 en calidad de padre, madre o responsable del menor De Andrea Danassa Siena Lloreda identificado RC O TI. 1047213362 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Colegio El Oasis

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 1042712792

TEL: 3157907477

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Linda Yhicet Horeda Córdoba, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042214292, en calidad de padre, madre o responsable del menor Zidane José Jr Siena Horeda identificado RC O TI 1042714502 Estudiante de grado: 3º de la institución educativa: Colegio el Oasis

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Jpc

CC: 1042212792

TEL: 3157907472

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rudy Prieto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 636981, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhean Paol Osorno identificado RC O TI 1052545203 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rudy Prieto

CC: 6365981

TEL: 3208776840.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

945

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Aida Milena Moreno castañeda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213674, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan José Zabala Moreno identificado RC O TI 1042215448 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Aida moreno

CC: 1042213674

TEL: 3219243852

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

946

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Arda Milena Moreno Castañeda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213674, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Steven Fajardo Moreno identificado RC O TI 1042213377 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Luis Eduardo Mora

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Ahida Moreno

CC: 1042213674

TEL: 3219219852

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Aida Milena Moreno Cortazda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213 674, en calidad de padre, madre o responsable del menor Riana Sofia Zabala Moreno identificado RC O TI 1042 214 260 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Aida moreno

CC: 1042213674

TEL: 3219249852

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maryori Vanessa Barrientos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096225993, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jaiber Alexander Salomon Vanegas identificado RC O TI 1096 811 582 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: MARYORI VANESSA BARRIENTOS

CC: 1096225993

TEL: 3218874224

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maryori Varon Barrientos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096225993, en calidad de padre, madre o responsable del menor Saroy Terra Solomon Varon identificado RC O TI 1097198876 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maryori Varon B

CC: 1096225993.

TEL: 3218074224.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

950

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maryori Varon Barrientos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096225993 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan camilo Hernandez identificado RC O TI 1096814590 Estudiante de grado: I de la institución educativa: Jose Eduardo Pico

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: MARYORI VARON. B

CC: 1096225993

TEL: 3218224224

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Denivis chacon Olaya, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212473, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose Daniel Gil chacon identificado RC O TI (1022007128) 1042215296 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Jorge Eliecer Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Denivis chacón

CC: 1042212473

TEL: 3105631587

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Denirir chacon Orrego, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212473 en calidad de padre, madre o responsable del menor Sebastian Padierna Chawn identificado RC O TI 1022007138 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Deniris Charón

CC: 1042212473

TEL: 3105631587

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adela Galvis, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096207992, en calidad de padre, madre o responsable del menor Julian David Balaguera identificado RC O TI 1042215406 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Nuevo Horizonte.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: AGR.

CC: 1096202992

TEL: 3187154605

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yuri Viviana Osorio Oryue, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042213513 en calidad de padre, madre o responsable del menor Kevin Damian Tapia identificado RC O TI 1042213616 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yuri Viviana Osorio
CC: 1042213 513
TEL: 3013715805.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Audry Viviana Cortazada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096242110, en calidad de padre, madre o responsable del menor Hellen Caballero Cortazada identificado RC O TI 1096242570 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: San Miguel del Tigre

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1096242110

TEL: 3125720166

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nazareth Lugo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 67S6281 en calidad de padre, madre o responsable del menor Esteban Andres Garcia identificado RC O TI 90818980 Estudiante de grado: 1º de la institución educativa: Int. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Nazareth Lugo

CC: 67.56281

TEL: 3163180714

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, leyd. Johana Hoyos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096242729, en calidad de padre, madre o responsable del menor Nayari Fernanda Jaramillo Hoyos identificado RC O TI 1042.212.455 Estudiante de grado: 9° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: leyd Johana H.

CC: 1096242729

TEL: 3150569734

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leydi Johana Hoyos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096242729, en calidad de padre, madre o responsable del menor Diana Sofia Hoyos identificado RC O TI 1096238270 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Díaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leydy Johana H.

CC: 1096242729

TEL: 3150569734

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angie Rueda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096232778 en calidad de padre, madre o responsable del menor Eduar Morales Rueda identificado RC O TI 1042213209 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Angie Lilay Rueda.

CC: 1096232778

TEL: 3143980567

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

961

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Steven Soto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096220521, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kenni Yisney martinez Callo identificado RC O TI 1097807442 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: I. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Steve Soto

CC: 1096220521

TEL: 3004796048

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, lilia Johana pabon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (a) Número: 1042211031, en calidad de padre, madre o responsable del menor Tifany Sofia lozano identificado RC O TI 1042215107 Estudiante de grado: 1º de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Lilia yohana pabón

CC: 1042211031

TEL: 3108161374

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

965

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diego Vega, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213268, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jared mateo vega identificado RC O TI 1042215837 Estudiante de grado: Jardin de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diego Vega M.

CC: 1042213268

TEL: 3152588220

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

964

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diego Vera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213007 en calidad de padre, madre o responsable del menor Cris Estefan Vera identificado RC O TI 1042214007 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Diego Vega M.

CC: 1042213268

TEL: 3152588220

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Johan Steven de los Santos., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096194130, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan felipe Alzate identificado RC O TI 1042212987 Estudiante de grado: 5º de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Johan Stiven

CC: 1096 194 130

TEL: 313 448 1303

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

960

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jennifer Andrea de la Rosa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (1) Número: 1042212204 en calidad de padre, madre o responsable del menor Melany Andrea Gualdron identificado RC O TI 1097200456 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Eduarde Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1042212204

TEL: 3103176344

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Olga Isabel Almendrales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096216592, en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabel Cristina Morrys. identificado RC O TI 1096249641 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: I.E Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Olga Isabel Almendrales

CC: 1096216592

TEL: 3705775325

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Micaela molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042214681, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angelen Sofia Gamarra identificado RC O TI 1096249027 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: I.Bacharo (costa)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Micaila Molina

CC: 1042214681

TEL: 3227190262

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Micaela Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214681, en calidad de padre, madre o responsable del menor Robin Junior Gutierrez identificado RC O TI 1042215423 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Inst. Bachano Costa Atl.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Micaela Molina

CC: 1042214681

TEL: 3227190262

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gisell Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042214362, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angel David Prieto identificado RC O TI 69678S1 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Venezuela

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Gisell Molina

CC: 1042214362

TEL: 3123368606

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Beatriz Elena Velazquez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37577834, en calidad de padre, madre o responsable del menor Damian Steven Bedoya identificado RC O TI 1097198782 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Beatriz Belazquez

CC: 37-577-834

TEL: 302 363 96-05

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luisa Fernanda Uparela, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005180510, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jordan Florez Uparela identificado RC O TI 1096248245 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luisa Fernanda Uparela

CC: 1.005.180.510

TEL: 3145049819

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolibeth Coromoto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 6915483, en calidad de padre, madre o responsable del menor Rusmayri Narvaez identificado RC O TI 18307575 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: yolibeth Rodriguez

CC: 6915483

TEL: 3168673411

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

974

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolibeth Coromoto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 6915483, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Jose Narvaez identificado RC O TI 6970317 Estudiante de grado: 3º de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: yolibeth Rodrigues

CC: 6915483

TEL: 316 8673411

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yolibeth Coronado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 6915483, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emanuel Narvaez identificado RC O TI (1096810) 6969694 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: yolibeth Rodriguez

CC: 6915483

TEL: 3168673477

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

97°

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maritza Cornejo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 32'007741, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mana Matina Martinez identificado RC O TI 1096811506 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: MARITZA CORNEJO V

CC: 32007741

TEL: 3206360150

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marisol Riaño Garcia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042212076, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maryori Torrez Riaño identificado RC O TI 1039695975 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marisol Riaño

CC: 1042212076

TEL: 3157514727

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marisol Riaño Garcia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212076, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jorge Elias Riaño identificado RC O TI 1185464327 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Inst Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marisol Riaño

CC: 1042212076

TEL: 3157514727

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marisol Riaño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212076 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mauren Salome Torrez identificado RC O TI 1042215361 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marisol Riaño

CC: 1042212076

TEL: 3157514727

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Claudia Morato Sanchez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28070831, en calidad de padre, madre o responsable del menor María Alejandra Diaz identificado RC O TI 1042212641 Estudiante de grado: 5º de la institución educativa: Ins. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Claudia Morato S.

CC: 28070871

TEL: 3163510793

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Erika Serpa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21.950906, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jesus Castrillon identificado RC O TI 1042215442 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Erica Serpa

CC: 21950906

TEL: 3156912014

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Erika lerma Doran, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210082, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emily Juliana Celon identificado RC O TI 1096813071 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: ERIKA LERMA DORAN

CC: 1042210082

TEL: 3017140499.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nancy Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212439, en calidad de padre, madre o responsable del menor Linda Lucesita Martinez identificado RC O TI 1042214457 Estudiante de grado: 2ª de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: NANCY Martinez

CC: 1042212439

TEL: 3156204827

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

954

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alexander Walters, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 3133297, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alan Walters Mann identificado RC O TI 1042214804 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alexander Walters

CC: 3133297.

TEL: 3162774757.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alexander walters, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 3133297, en calidad de padre, madre o responsable del menor Millan walters identificado RC O TI 1042213522 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Inst. Ed. luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alexander walters

CC: 3133297

TEL: 3162774757.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Eliset Deva, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096203419, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carlos Alberto Lopez identificado RC O TI 1042272684 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Elizet Deva S

CC: 1096203419

TEL: 3156334618

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alveiro Mendez Tovar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 73.564993, en calidad de padre, madre o responsable del menor Leidi Tatiana Mendez Ulio identificado RC O TI 1097193874 Estudiante de grado: 9º de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Albeiro Mendez Tovar

CC: 73564993

TEL: 3185047987

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alveiro Mendez tovar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 73.564993 en calidad de padre, madre o responsable del menor Iaura Valentina mendez Julio identificado RC O TI 1042213793 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: I. E. Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Albeiro Mendez Tovar

CC: 73564993

TEL: 3185047937

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ciela Rivera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 32006706, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Santiago Hurtado Moreno identificado RC O TI 1096810862 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: ciela Rivera

CC: 32006706

TEL: 3176178161

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Josa ocampo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096207491, en calidad de padre, madre o responsable del menor SHAIRA Rosario identificado RC O TI 1.125.762.117 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: luis Eduardo Dias

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Josa Pino

CC: 1096207491

TEL: 3114755836

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

991

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, José Ocampo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096207991, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhon Rosario identificado RC O TI 1.125.76.798 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Cer Mate caña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: José Ocampo

CC: 1096207991

TEL: 3114755836

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

992

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, MARIGEL LOPEZ C, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1054540478, en calidad de padre, madre o responsable del menor DIEGO ANDRES HENAO LOPEZ identificado RC O TI 1096216994 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: LUIS EDUARDO DIAS

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: MARIGEL LOPEZ

CC: 1054540478

TEL: 3122354254

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yanith Hurtado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042 212 075, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maria Melendrez identificado RC O TI 1042736556 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Luis Eduardo Dias

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yanith H.

CC: 1042 212 075

TEL: 3160807721

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

994

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rubiela Serrano Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63472643, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jan Marcelo Delgado Nieto identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Institucion Educativa Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Rubiela Serrano

CC: 63472643

TEL: 3008107337

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

995

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alba Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096258666, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alexa Salgado identificado RC O TI 1042215012 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Luis eduardo diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alba Molina

CC: 1096258666

TEL: 3112529157

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alba Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096258666, en calidad de padre, madre o responsable del menor Noises salgado identificado RC O TI 1096251327 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Luis eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alba Molina

CC: 1096258666

TEL: 3112529157

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alba Moïna, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096258666, en calidad de padre, madre o responsable del menor Albanis salgado identificado RC O TI 1096251325 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Liseo Luis eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alba Moïna

CC: 1096258666

TEL: 3112529157

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co