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 Angelis salgado identificado RC O TI 1096251322 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 Molina

CC: 1096258666

TEL: 3112529157

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

999

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosalba Aguirre Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63469.178, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyller Alonso Monterroza identificado RC O TI 1096807060 Estudiante de grado: Septimo de la institución educativa: Liceo 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: Rosalba

CC: 63469.178

TEL: 3144815366

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

1000

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosa maria ortiz nieto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042211666, en calidad de padre, madre o responsable del menor TATY lorena Ballesteros ortiz identificado RC O TI 1042215198 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: Rosa maria ortiz nieto

CC: 1042211666

TEL: 3116369443

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

1001

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yohana Vera Morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1.104.128.799, en calidad de padre, madre o responsable del menor Esteban Rivera Vera identificado RC O TI 1042211980 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: Yohana Vera M

CC: 1104128799

TEL: 3158793123

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

1002

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yohana Vera Morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1104.128.799, en calidad de padre, madre o responsable del menor Josabhet Vera Morales identificado RC O TI 1047215607 Estudiante de grado: Prejardin 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: Yohana Vera M

CC: 1104128799

TEL: 3158793123

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

1003

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, flor marina Mendoza Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 28483331, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jesus leandro Velandia Conde identificado RC O TI 1185464590 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: flor marina M.

CC: 28483331

TEL: 3188035989

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

1004

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz DARY ARCILA LOPEZ, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001668426, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan diego velez arcila identificado RC O TI 1.042.213.790 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Institucion Educativa La soledad

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 DARY ARCILA LOPEZ

CC: 1001668426

TEL: 3104831270

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

1003

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Moreno Gomez., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 42137639, en calidad de padre, madre o responsable del menor cuidadora – Alejandro carrington identificado RC O TI 1042213742 Estudiante de grado: 05 de la institución educativa: Luiz 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: Maria Moreno

CC: 42137639

TEL: 3136075581

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

1006

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Moreno Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 42137639, en calidad de padre, madre o responsable del menor Martin Giraldo Herrera identificado RC O TI 1042715669 Estudiante de grado: _____ 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: María Moreno

CC: 42137639

TEL: 3136075581

☐ 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 Vera Cardona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37575368, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sorani Vera. identificado RC O TI 1097194468 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Tecnica Superior de Comercio

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: Adriana Vera

CC: 37575368

TEL: 3015332455

☐ 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, Gina María Serrano Galvis, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042.211.109, en calidad de padre, madre o responsable del menor Madre — Milton Stevens Perez Serrano, identificado RC O TI 1096811065 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Once de Noviembre.

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: 1042.211.109

TEL: 3057770339

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

1009

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Gisell Gantivar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1047456541 en calidad de padre, madre o responsable del menor Salome Hernandez Alvarez identificado RC O TI 1042215035 Estudiante de grado: Pie escolar 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: Diana Gantivar

CC: 1047456541

TEL: 3143780281

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

1010

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Gantivo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1047456541, en calidad de padre, madre o responsable del menor Airana Rueda Gantivo identificado RC O TI 1097198829 Estudiante de grado: 7°. de la institución educativa: Ins. 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: Diana Gantivo

CC: 1047456541

TEL: 3145780281

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

1011

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Gantivo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1047456541, en calidad de padre, madre o responsable del menor Erika Samanta Peret identificado RC O TI 1042214704 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Ins. 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: Diana Gantiva

CC: 1047456541

TEL: 3145780281

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

1012

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, lili lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (o) Número: 1042210768, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jeronimo Mon identificado RC O TI 1042214344 Estudiante de grado: 4° 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: Lili Lopez

CC: 1042210768

TEL: 3112566055

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

1013

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlos Andres Vergara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1070952343, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luciano Vergara identificado RC O TI 1042215042 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: _____

CC: 1070952343

TEL: 3152994957

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

1014

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Arbolada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1.42210725, en calidad de padre, madre o responsable del menor Nahiara. Arbolada identificado RC O TI 1035668774 Estudiante de grado: P 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: Diana Arbolada

CC: 1042210725

TEL: 3168589929

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

1015

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ubiely Perez Alvarez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 43653021, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mayra alejandra Cortavo identificado RC O TI 1103673420 Estudiante de grado: 8°. 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: Ubiely Perez A

CC: 43.653.027

TEL: 310 447-65-42

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

1016

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dora Guarin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950767, en calidad de padre, madre o responsable del menor Nora Eliza Muñoz Guarin identificado RC O TI 1096.810115 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: Dora Guarin

CC: 21950767

TEL: 3118537916

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

1017

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jhon Janer Bermudez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1194430827, en calidad de padre, madre o responsable del menor Josue Cabrera identificado RC O TI 9305421 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Primaria

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: Jhon Janer

CC: 1194430827

TEL: 3246092213

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

1018

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriesneth Rojas Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212889, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yuranis Daliana Granados. identificado RC O TI 1106397208. 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: Adriesneth Rojas.

CC: 1042212889.

TEL: 323 739 7920

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

1019

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Carolina Garrido, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1032438045, en calidad de padre, madre o responsable del menor Martha Shanth Sandoval identificado RC O TI 1097200054 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: Carolina Garrido

CC: 1.032.438.045

TEL: 3203870575

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

1020

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yurley Andrea Valencia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 43657875, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhoan Guerra identificado RC O TI 1042213841 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: Yurley Valencia

CC: 43.657.875

TEL: 300 737.5080

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

1021

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriesneth Rojas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212889, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sury Dainis Granados identificado RC O TI 1049292399 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: Adriesneth Rojas

CC: 1042212889

TEL: 3237397920

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

102

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nilvia Herrera Castro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096213037, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhonny Lerma identificado RC O TI 1097193152 Estudiante de grado: 9° 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: Nilvia Herrera C.

CC: 1096.213.037

TEL: 3102503594

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

1023

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Manuela Valencia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1152212774, en calidad de padre, madre o responsable del menor Santiago Montoya identificado RC O TI 1042215211 Estudiante de grado: 1R 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: 1152212774

TEL: 3162334790

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

1024

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leyd. Gualdron, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096199181, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sonny michell Hernandez identificado RC O TI 1042214605 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: Leidy Gualdron

CC: 1096191981

TEL: 3102153671

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

1023

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leydi Gualdron Ortega, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096191981, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhon Dany Camargo identificado RC O TI 1096247208 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Ins. Educativo 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 Gualdrón

CC: 1096191981

TEL: 3102153671

☐ 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, Leidy Gualdron, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096191981, en calidad de padre, madre o responsable del menor Tiago Hernandez Gualdron. identificado RC O TI 1097210423 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: Leidy Gualdron

CC: 1096191981

TEL: 3102133671

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

1027

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Miguel Antonio Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 91426264, en calidad de padre, madre o responsable del menor Miguel Alberto Dorado Diaz. identificado RC O TI 1097 2018 28. Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: I.E rural San miguel

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: MIGUEL DIAZ

CC: 91426264

TEL: 3146265643

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

1028

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Miguel Antonio Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 91426264, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yahiron Dorado Diaz. identificado RC O TI 1097208070 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: I.E Rural 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: MIGUEL DIAZ

CC: 91426264

TEL: 3146265643

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

1027

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Altamirano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1013614943, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sair Lozano Altamira identificado RC O TI 1011410755 Estudiante de grado: 3º de la institución educativa: I. Educativo 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: Sandra H Altamirano Arcilla

CC: 1073674943

TEL: 3124547448

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

1030

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Altamirano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1013649437, en calidad de padre, madre o responsable del menor Samanta Lozano identificado RC O TI 1096813709 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: Sandra M Altamiranda P

CC: 1073 674 993

TEL: 312 454 7498

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

V031

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: 1096220551, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carlos Andres martnez identificado RC O TI 1148944005 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Ins. Educativo 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: 1096220551

TEL: 3004796048

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

1032

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Aide lara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 22 463 478, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Angel lara identificado RC O TI 1096811005 Estudiante de grado: 5° 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: Aide lara

CC: 22 463 478

TEL: 22 315 5035322

☐ 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, Yuranis Castro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1104377351, en calidad de padre, madre o responsable del menor Melanie Garcia Romero identificado RC O TI 1042213950 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: Yuranis Castro

CC: 1104377351

TEL: 3231481853

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

1034

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maricela Noriega Galvan, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (1) Número: 37581.309, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alana Manape identificado RC O TI 1096811663 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: Maricela Noriega G.

CC: 37581309.

TEL: 3148868106

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

1035

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marcela Noriega, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37 581 309, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alberth Manape identificado RC O TI 1096808206 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: Marcela Noriega G-

CC: 37581309 -

TEL: 314 826 8106

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

1036

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Calista Agudelo Pimienta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21949551, en calidad de padre, madre o responsable del menor Hellen Agudelo Cardenas identificado RC O TI 1091201284 Estudiante de grado: 6º 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: Calixta Agudelo Pimienta

CC: 21949551

TEL: 3134618598

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

1037

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Liseth Andrea Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212661, en calidad de padre, madre o responsable del menor Joiner Andres identificado RC O TI 1042213810 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: Lizeth Andrea Rodriguez

CC: 1042212661

TEL: 3134204504

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

1038

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Eugenia Vergara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950150, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yulian David. Martinez identificado RC O TI 1042214022 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Inst. Ed. Luis Eduardo Cano Bonito

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 Eugenia Vergara

CC: 21950150

TEL: 3132274938

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

1039

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Emilse florez estrada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (a) Número: 37 575 821 en calidad de padre, madre o responsable del menor Karen Flores estrada identificado RC O TI 1094194365 Estudiante de grado: 8º de la institución educativa: Vereda Cuatro Bocas

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: Emilse florez

CC: 37.575.821

TEL: 3148840681

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

1040

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Aura Dayana Aponte, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096.248599 en calidad de padre, madre o responsable del menor Manana Saucedo identificado RC O TI 1064800841 Estudiante de grado: 5º de la institución educativa: Barroncaberinega

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: Dahyana Aponte H.

CC: 1096248599

TEL: 3219503499

☐ 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 Dayana Aponte, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096248599 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Diego Salgado identificado RC O TI 1042215036 Estudiante de grado: 1P 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: Dayana Aponte A

CC: 1096248599

TEL: 3149503499

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

1042

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ana Dayana Aponte, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (V) Número: 1096248599 en calidad de padre, madre o responsable del menor Welkin Dayon Aponte identificado RC O TI 1065997830 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: Dahyana Aponte H.

CC: 1096248599

TEL: 3219503949

☐ 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

1043

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ana Dayana Apuntе, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096248599 en calidad de padre, madre o responsable del menor Sanay Apuntе identificado RC O TI 1042214687 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: Dayana Apuntе H

CC: 1096248599.

TEL: 3219503949

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

1044

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlos Arturo Mendoza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 15.452.442 en calidad de padre, madre o responsable del menor Hannah Mendoza Ruiz identificado RC O TI 1042215723 Estudiante de grado: _____ 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: _____

CC: 15.452.442

TEL: 3007312909

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

1045

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Neidys Pacheco Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096192806, en calidad de padre, madre o responsable del menor Julian Esteban Castellanos Pacheco identificado RC O TI 1096808446 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: Neidys Pacheco Molina

CC: 1096192806

TEL: 3124078196

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

1046

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica Rocio Rueda Alonso, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096217316 en calidad de padre, madre o responsable del menor Uber Sneider Santa Rueda identificado RC O TI 1096218355 Estudiante de grado: Noveno 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: Monica Rocio Rueda Alonso

CC: 1096217316

TEL: 3208167277

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

1047

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Neidys Pacheco Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096192806 en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeria Castellanos Pacheco identificado RC O TI 1097206210 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: Neidys Pacheco Molina

CC: 1096192806

TEL: 3124078196

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

1048

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gisela Pacheco Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.562722 en calidad de padre, madre o responsable del menor Samuel Arroyo Pacheco identificado RC O TI 1.096.812779. 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: Gisela Pacheco Molino

CC: 63562722

TEL: 3743686576

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

1049

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlos Arturo Mendoza Rodriguez identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 15.452.442 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mathew Mendoza Rueda identificado RC O TI 1096222370 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: _____

CC: 15.452.442

TEL: 3007312909

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

1050

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica Rocio Rueda Alonso, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096217316 en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyla Salomé Santa Rueda identificado RC O TI 1042215166 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: Monica Rocio Rueda Alonso

CC: 1096217316

TEL: 3208167277

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

1051

25 Enero

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Fonseca, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096261279, en calidad de padre, madre o responsable del menor Diego Andres Fonseca identificado RC O TI 1042212987 Estudiante de grado: 1° 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: Sandra Fonseca

CC: 1096261279

TEL: 3115854597

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

1052

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sonia Yepez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214216, en calidad de padre, madre o responsable del menor mariano Medina Yepes identificado RC O TI 1042214696 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Veredo 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: Sonia Yepez Valencia

CC: 1042214216

TEL: 3164467354

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

1053

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yarluz Bermudez., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042211341 en calidad de padre, madre o responsable del menor Rosaura Tirpalacios identificado RC O TI 1042212645 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: 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: Yarluz Bermudez D

CC: 1042211341

TEL: 3241865 2499

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

1054

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yarilus Bermudez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042211341 en calidad de padre, madre o responsable del menor Alexandra Bermudez identificado RC O TI 1042214821 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: I.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: Yarilus Bermudez B

CC: 1042211341

TEL: 3248652499

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

1057

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jose Alexander Molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 72.242.980, en calidad de padre, madre o responsable del menor Brian Molina. identificado RC O TI 1091363627 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: J. F. 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: 72142780

TEL: 3145592759

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

1056

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maroidis cardona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096189303, en calidad de padre, madre o responsable del menor Harrison Gafar identificado RC O TI 1185464367. Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: I. 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: MAROIOYS CARDONA

CC: 1096189303

TEL: 3145705994

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

1057

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Lucia Mendez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042210 634 en calidad de padre, madre o responsable del menor Ian Maite Flores identificado RC O TI 1042215731 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: Adriana Sosa

CC: 1042210634

TEL: 3153902814

☐ 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, Yennifer Carolina Correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1099544003, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dylan David Arguello identificado RC O TI 1042215021 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: 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: Yennifer Correa

CC: 1099544003

TEL: 3154011442

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

1059

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dayana Paola Ospina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001815061, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose Maria Montalegre identificado RC O TI 1002215354 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: Dayana pabón

CC: 1001815061

TEL: 3158596978

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

1060

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zuly Patricia Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.474.338, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Pablo Bohorquez identificado RC O TI 1096810278 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: Zulis Gomez

CC: 63474338

TEL: 3143516409

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

1061

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Milena Romero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210618, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sanie Sofia Ramirez. identificado RC O TI 1096230025 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: Sandra Romero

CC: 1042210618

TEL: 3234819546.

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

1062

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Darlis Patricia Ortiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37576832, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres David Contillo identificado RC O TI 1042213019 Estudiante de grado: 7° 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: Darlis Patricia Ortiz R

CC: 37576832

TEL: 3176064635

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

1065

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Juan carlos Montiel, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042211691, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emily Daniela Montiel identificado RC O TI 1042212583 Estudiante de grado: Noct 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: Juan C. Montiel

CC: 1042211691

TEL: 3014366013

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

1064

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yobani marmol, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3557669 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Esteban Padilla. identificado RC O TI 1042215693 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: Yobani

CC: 3557669

TEL: 3219454548

☐ 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, Yobani marmol, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3557669, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Valentina marmol identificado RC O TI 1096815448 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: YOBANI MARMOLR

CC: 3557669

TEL: 3219454548

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

1066

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yobani marmol, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 3557669, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel Padilla identificado RC O TI 1042214130 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Condor

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: Yovanni

CC: 3557669

TEL: 3219454548

☐ 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, Yobani Mamol, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3557669 en calidad de padre, madre o responsable del menor Damian Sambrano identificado RC O TI 1216966503 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: Yobani

CC: 3557669

TEL: 3219454548

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

1068

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Oyaga Santiago, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1082904038 en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabel Kristina Arrieta Oyaga identificado RC O TI 1082990883. Estudiante de grado: Sexto. 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: Sandra Oyaga

CC: 1082 904038

TEL: 322 363 5426.

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

1069

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yurani Osorio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1037503941, en calidad de padre, madre o responsable del menor Stiven marulla identificado RC O TI 1037503041 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: Yurani Osorno

CC: 1.037.503.941

TEL: 322 652 0164

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

1070

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Natalia Cristina Osorno, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1037504614, en calidad de padre, madre o responsable del menor Samuel Alejandro Verilla identificado RC O TI 1042215130 Estudiante de grado: 10 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 Zllo

CC: 1037 504 614

TEL: 311 572 3514

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

1071

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlos Alvear, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (v) Número: 88.28685, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jean Sebastian Alvear identificado RC O TI 1096801340 Estudiante de grado: 11° 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: Carlos Alvear

CC: 88 28 685

TEL: 3123930850

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

1072

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica Yepes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 30406912, en calidad de padre, madre o responsable del menor Oriana Conde identificado RC O TI 1096807697 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: Mónica Yepes Salazar

CC: 30 406 912

TEL: 3508512880

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

1075

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Daniela Osorio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001815258, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yelenith Torres identificado RC O TI 1042215432 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: Daniela Osorio Lozano

CC: 1001815258

TEL: 3003824407

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

1074

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmen Brave, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213798, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ivanna Flores identificado RC O TI 1.042.215.742 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: _____

CC: 1042213798

TEL: 3152620946

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

1095

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yakeline marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212038, en calidad de padre, madre o responsable del menor Madeleine Alejandra Adarve identificado RC O TI 1096805923 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: YARVELINE MARIN

CC: 1042212038

TEL: 3142657591

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

1096

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Wendy tatiana Vanegas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096218194 en calidad de padre, madre o responsable del menor Emily Sofia Caballido identificado RC O TI 1096740520 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: Wendy T. Vanegas Hdez

CC: 1096218194

TEL: 3133396361

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

1077

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Wendy Vanegas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096218194 EZ en calidad de padre, madre o responsable del menor Karolain Julieth londono identificado RC O TI 1096812467 Estudiante de grado: 3° 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: Wendy T. Vanegas Hdez

CC: 1096218194

TEL: 3133396361

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

1098

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luis fernando Estrada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096186443, en calidad de padre, madre o responsable del menor Zahyra Valentina Estrada identificado RC O TI 1075801807 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Neiva

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: 1096186443

TEL: 313 2232000

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

1079

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, luis fernando Estrada M., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096186443, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jean Paul. Estrada. identificado RC O TI 1097203471 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Neiva

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: 1096186443

TEL: 313 2232000

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

1080

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alis Ester moscote Patiño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37.686 828, en calidad de padre, madre o responsable del menor Zayra Bedoya. identificado RC O TI 1042213204 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: 37686828

TEL: 3162909656

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

1081

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alis Ester Mosuote Patiño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37.686.828, en calidad de padre, madre o responsable del menor Neider Bedoya identificado RC O TI 1185.464 494 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:

CC: 37686828

TEL: 3162909656

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

1082

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angela Macías, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042211329 EZ, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sofa Castellano identificado RC O TI 1096806935 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. EZ

Firma: Angela Macías

CC: 1042211329

TEL: 3207002828 EZ

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

1083

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yaleny Ramirez Cobos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1.102354323, en calidad de padre, madre o responsable del menor Shelsy Paez R. identificado RC O TI 1.097200737 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: Yaleny Ramirez

CC: 1.102354323

TEL: 3214303930

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

1084

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yorleny Ramirez C., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1102354323, en calidad de padre, madre o responsable del menor Cristofer Paez R identificado RC O TI 1042214653 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: Yorleny Ramirez

CC: 1.102354323

TEL: 3214303930

☐ 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, Monica Quiñonez Pineda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210915, en calidad de padre, madre o responsable del menor Camilo Joya Quiñonez identificado RC O TI 1042213130 Estudiante de grado: 2° 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: Monica Quiñones

CC: 1042210915

TEL: 3118881262

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

1086

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Javier Castellano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096211786, en calidad de padre, madre o responsable del menor Matias Castellano identificado RC O TI 1096814422 Estudiante de grado: P 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: Javier C

CC: 1096211786

TEL: 3204734129

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

1087

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Merleydis Pebes., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096207297, en calidad de padre, madre o responsable del menor Silvana Cabezas. identificado RC O TI 1097200163 Estudiante de grado: 3º 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: 1096207297

TEL: 3195532200

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

1098

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yoelis Racero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1102577248, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gabriel Guzman Racero identificado RC O TI 1042213216 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: Joelis Racero T

CC: 1102577248

TEL: 3102358224.

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

1089

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ana Delia Guzman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37578488, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sofia Rojas Guzman identificado RC O TI 1096 224 007 Estudiante de grado: 6. de la institución educativa: San Luis Beltran.

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: Ana Delia

CC: 37578488

TEL: 3008299626.

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

1090

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Bagüero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 52.770.536, en calidad de padre, madre o responsable del menor Esteban Andres Bagüero identificado RC O TI 1040101642 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Escuela Remolino

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 Bagüero

CC: 52 770 536

TEL: 310 459 9881

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

1091

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Baquero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 52 770536, en calidad de padre, madre o responsable del menor Eddy Navarro identificado RC O TI 1012213326 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Puerto Olaya (Santander)

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 Baquero

CC: 52 770 536

TEL: 310 459 98 81

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

1092

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Baquero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 52770536, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kevin Andrei Navarro identificado RC O TI 1042214374 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Escuela Remolino

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 Baquero

CC: 52 770 536

TEL: 310 459 9881

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

1093

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Castilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096193450, en calidad de padre, madre o responsable del menor Chelsea Tapias identificado RC O TI 1096.229.651 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: San Luis Beltran.

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: 1096193450.

CC: Diana Castilla

TEL: 324 678 5827

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

1094

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jennifer Mendez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042214240 en calidad de padre, madre o responsable del menor Salome Mora identificado RC O TI 1042214864 Estudiante de grado: 4°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: Jennifer Mendez Meza.

CC: 1042214240

TEL: 3015954704

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

1095

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yenifer Mendez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042 214 240, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jan Mera Muñoz identificado RC O TI 1042 215 559 Estudiante de grado: 1 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: Jennifer Mendez Mzo.

CC: 1042214240

TEL: 3015954704

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

1040

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jennifer Mendoza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1042211240 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Meza Mendoza identificado RC O TI Juan 1042214201 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: San Luis Beltran

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: Jennifer Mendoza Meza

CC: 1042211240

TEL: 3015954704

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

1027

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Mery Gallardo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213576, en calidad de padre, madre o responsable del menor Miguel Gallardo identificado RC O TI 1042212798 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: San Juan Bautista

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 Mery Gallardo

CC: 1042213576

TEL: 3243109790

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

1098

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Merary Collardo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1.042213576, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jeny Tuberda identificado RC O TI 1042242798 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: San Ivir Bolivar

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 Merary Collardo

CC: 1042213576

TEL: 324 310 9790

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

1074

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yaneth Meza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21 950 666 en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Santiago Mendez identificado RC O TI 1042 214 912 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: San Luis Beltran

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: Yaneth Meza

CC: 21950666

TEL: 3143504356

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

1100

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mayerli Tejada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1006535931, en calidad de padre, madre o responsable del menor Edrit Santiago Giraldo identificado RC O TI 1042256444 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: San Juan Bautista.

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: Mayerli Tejada A.

CC: 1006535931

TEL: 3126333178.

☐ 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, Mariluz Cotazio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1049899339, en calidad de padre, madre o responsable del menor Duban Cotazio identificado RC O TI 1042274609 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: San Ivor Beltran

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: Mariluz Cotazio.

CC: 1049899339

TEL: 3189894496

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

1102

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mari Luz Coterio., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1049899339, en calidad de padre, madre o responsable del menor Karol Yulitza Cifuentes identificado RC O TI 1042215101 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: San Luis Beltran

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: Mariluz Coterio.

CC: 3118989490

TEL: 1049899339

☐ 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, Daniela Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005 179 296, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeria Cifuentes Ruiz identificado RC O TI 1042245570 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: I. San Luis Beltrán

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: Daniela Ruiz Cern!

CC: 1005.179.296

TEL: 3006466229

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

1104

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Elena Prieta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 26 522 519 en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Santiago Granada identificado RC O TI 1096 814 459 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: San Luis Beltran.

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 E Prieta.

CC: 26 522 519

TEL: 314 571 1847

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

1103

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jackeline Hortado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096802304 en calidad de padre, madre o responsable del menor Josue Rincon Hortado identificado RC O TI 1042215634 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: No tapasco

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: Jackeline Hortado

CC: 1096802304

TEL: 3175690221

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

1106

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elizabeth Rua, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 43.651.923, en calidad de padre, madre o responsable del menor Melani Sofia Rua. identificado RC O TI 1042242842 Estudiante de grado: 5 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: Elisabeth Rua

CC: 43.651-923

TEL: 3107565489

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

1107

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elizabth Rua., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 43.651.923, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyla Ximena Rua identificado RC O TI 1042213506 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: Elisabeth Rua

CC: 4365923

TEL: 3107565489

☐ 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 Yepes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.472.284 en calidad de padre, madre o responsable del menor Yireth Duarte identificado RC O TI 1042213172 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Juan Edwards 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: Marthacyepes L

CC: 63472284

TEL: 3182154874

☐ 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, Yeni Rumalda Torrecilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212024, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Ester Sepulveda identificado RC O TI 1097207615 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: Yeni Torrecilla

CC: 1042212024

TEL: 3142746228

☐ 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, Yeni Rumalda Torrecilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212024, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jeror David Sepulveda identificado RC O TI 1096256091 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: Yeni Torrecilla

CC: 1042212024

TEL: 314 274 6228

☐ 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, Yusley Fernanda Vergara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213786, en calidad de padre, madre o responsable del menor Manet Sofia Ortega identificado RC O TI 1042215387 Estudiante de grado: 1. de la institución educativa: Luis 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: Yusley Vergara

CC: 1042213786

TEL: 3182650490.

☐ 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, Yusley Fernanda Vergara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042213786, en calidad de padre, madre o responsable del menor Shaira Jireth Amaris. identificado RC O TI 1096241143 Estudiante de grado: 4 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: Yesley Vergara

CC: 1042213786

TEL: 318 265 0490

☐ 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 Alba Galvis, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1039687369, en calidad de padre, madre o responsable del menor Milly Sofia Galvis identificado RC O TI 1091200862 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: Flor Alba Galvis C

CC: 1039687369.

TEL: 3184711715

☐ 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 Alba Galvis, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1039683369, en calidad de padre, madre o responsable del menor Abel Santiago Alvarez identificado RC O TI 1085954180 Estudiante de grado: 1 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: Flor Alba Galvis Cárdenas

CC: 1039683369.

TEL: 3184711715

☐ 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 Elena Prieto., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (A) Número: 26522519, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jaurin. Granada identificado RC O TI 1096251553 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: San Luis Beltran

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 E Prieto

CC: 26522519

TEL: 314 571 1847

☐ 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, Dayana Duque, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1005175838, en calidad de padre, madre o responsable del menor Joel Santiago Meza Duque identificado RC O TI 1096247017 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: San Rafael de Chocuri

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: Dayana D

CC: 1005175838

TEL: 3246703776

☐ 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 Elena Prieto, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 26 522 519, en calidad de padre, madre o responsable del menor Eliana Prieto identificado RC O TI 1096806757 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: San Luis Beltran

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 E Prieto

CC: 26 522 519

TEL: 314 571 1847

☐ 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, Dayana Paola Luna Reyes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096238635, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sarid Dayana Matoto identificado RC O TI 1042214461 Estudiante de grado: 4Q de la institución educativa: Vereda Remolino

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: Dayanna luna

CC: 1096238635.

TEL: 3001907261.

☐ 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, Danna Yareth Calderon Arcos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042211398, en calidad de padre, madre o responsable del menor Paula Andrea Chacon Arcia identificado RC O TI 1042213514 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: San luis

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: danna yareth calderón

CC: 1042211398

TEL: 3152730114

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

1120

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Danna Yaneth Calderon Arcias, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042211398, en calidad de padre, madre o responsable del menor Liseth Nicol Chacon Arcia, identificado RC O TI 1097194.760 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: San Luis. Beltran

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: Danna Janeth calderon

CC: 1042211398

TEL: 3152738114

☐ 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 orozco sarmiento, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096224571, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emelly Orozco Martinez. identificado RC O TI 1097205424 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: Rudi orozco.

CC: 1096224571

TEL: 3162529996

☐ 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, Rudi Orozco sarmiento, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096224571, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elizabeth beltran identificado RC O TI 1023546869 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: Rudi Orozco

CC: 1096224571

TEL: 3762529996

☐ 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, Rudi orozco sarmiento, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096224571, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maia Beltran identificado RC O TI 1096233291 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: 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: Rudi orozco.

CC: 1096224571

TEL: 3162529996

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

1124

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alexandra Acosta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1056768699, en calidad de padre, madre o responsable del menor Guadalupe Acosta identificado RC O TI 1056777728 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: _____

CC: 1056768699

TEL: 3133369979

☐ 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, Rebeca Silva, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63970996, en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabela Navas identificado RC O TI 1097506219 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: Rebeca Silva Silva

CC: 63970996

TEL: 3115788865

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

1126

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria fernanda chaverra, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1193517662, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maria Chaverra identificado RC O TI 1097202905 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: 1193517662

TEL: 3152269909

☐ 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 sanabria Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950999, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Chaverra identificado RC O TI 1097795796 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: 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: Adela Sanabria

CC: 21950999

TEL: 3072189290

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

1128

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dioselina Chica, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63466760 en calidad de padre, madre o responsable del menor Emmanuel Pabon identificado RC O TI 1096275395 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: Dioselina chica

CC: 63466760

TEL: 3071375771

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

1729

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dioselina Chica, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63966760 EZ en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Castañeda identificado RC O TI 1096236692 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: 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: Dioselina chica

CC: 63966760

TEL: 3013754706

☐ 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, Dioselina chica, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63466760, en calidad de padre, madre o responsable del menor Santiago Castañeda identificado RC O TI 1096256779 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: 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: Dioselina chica

CC: 63466760

TEL: 3013759706

☐ 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 Sierra, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001877779, en calidad de padre, madre o responsable del menor Miguel OSPINA identificado RC O TI 1092275 Estudiante de grado: Preescolar 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 Patricia

CC: 1001877779

TEL: 3188932771

☐ 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, Marcela Díaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214025, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carol Díaz identificado RC O TI 1027200015 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: I.D.E.

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: Jolieth M. Díaz Toro

CC: 1042214025

TEL: 3213283307

☐ 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, Fernando correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1082897511, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres felipe Erazo correa identificado RC O TI 1205966524 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: LED

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: 1082897511

TEL: 3152038366

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

1134

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Fernando Correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1082897511, en calidad de padre, madre o responsable del menor Victor A. Schlegel Sanchez identificado RC O TI 6020190794 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: I.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:

CC: 1082897511

TEL: 3152083666

☐ 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, Fernando correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1082897511, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Pablo Correa S. identificado RC O TI 1096244461 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: L. ED

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: 1082897511

TEL: 3152038366

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

7136

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Fernando Coma., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1082897511, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keiren Coma. identificado RC O TI 1096250259 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: I. 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: Fernando Coma

CC: 1082897511

TEL: 3152038366

☐ 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, Rosa Marín, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 37 580 217, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jaime Martin identificado RC O TI 1042212407 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: 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: Rosa Marín

CC: 37 580 217

TEL: 3164028768

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

1138

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosa Marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37580217, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yomir David Marin identificado RC O TI 1050557477 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: I.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 Marin

CC: 37580217

TEL: 3164028768

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

1139

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zoraida Lozano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63469170 en calidad de padre, madre o responsable del menor erney david Viles lopez identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Carmen de Chucuri

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: Zoraida Lozano

CC: 63469170

TEL: 3123877343

☐ 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, Zoraida lozano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63469170, en calidad de padre, madre o responsable del menor Cristal estrella ramirez velez identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: Zoraida lozano

CC: 63469170

TEL: 3123877343

☐ 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, omaira lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (+) Número: 63461224 en calidad de padre, madre o responsable del menor katalina fonseca identificado RC O TI 1096255767 Estudiante de grado: 1 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: 63461224 de Bucaramanga

TEL: 3022372190

☐ 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, Deivon Sossa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 13 J 7714 o, en calidad de padre, madre o responsable del menor Cristofer Sossa identificado RC O TI 1042215048 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: Deivon Sossa

CC: B 571 140

TEL: 3003879968

☐ 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, Deisan Sossa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1357140, en calidad de padre, madre o responsable del menor Deidra Sofia Sossa identificado RC O TI 1185434579 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Benedi Barranca bermeja

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: Deisa Sossa Sánchez

CC: 13.571 140

TEL: 3003879968

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

1144

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gabriel Sossa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 13854764, en calidad de padre, madre o responsable del menor Deiri Sosa ~~[illegible]~~ identificado RC O TI 1097493310 Estudiante de grado: 10 de la institución educativa: Inst Barrancabermeja

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: 13854764

TEL: 3105527618

☐ 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, gdgriel sosa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 13854764 en calidad de padre, madre o responsable del menor Emmanuel sosa identificado RC O TI 1097208781 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: _____

CC: 13854764

TEL: 3105527618

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

1146

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Garcia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1097752899 en calidad de padre, madre o responsable del menor Natali Garcia identificado RC O TI 1097529889 Estudiante de grado: No de la institución educativa: No

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 A.

CC: 1098752899

TEL: 3186668536

☐ 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, Leidy adriana _____, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098752899, en calidad de padre, madre o responsable del menor Fernanda garcia _____ identificado RC O TI 1098752684 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: 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: Leidy A.

CC: 1098752899

TEL: 3186668536

☐ 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 tatiana marin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yurdin Bisicaira identificado RC O TI 1042214 084 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: 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: Linda Marin

CC: 1042213691

TEL: 302 380 4498

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

1149

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carolina Chinchilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 53000955 en calidad de padre, madre o responsable del menor Sebastian Perez identificado RC O TI 1042213600 Estudiante de grado: 5 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: Carolina Chinchilla I

CC: 53000955

TEL: 3118616716

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

1150

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jhon Alberto Galvan Jaime, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 13854766, en calidad de padre, madre o responsable del menor Stefany Galvan Higuera identificado RC O TI 1042212507 Estudiante de grado: 9 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: 13854766

TEL: 3125305134

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

1151

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, kendis nogera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor karolina garcia identificado RC O TI 1092212181 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: 1094217809

TEL: 3107705933

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

1152

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kendis nogera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096212804, en calidad de padre, madre o responsable del menor Stefany garban identificado RC O TI 1042213 307 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: 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: _____

CC: 1096212804

TEL: 3122083933

☐ 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 galban, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210170 en calidad de padre, madre o responsable del menor Ricardo arrieta identificado RC O TI 1096809641 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Casd bavranca

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 Galvan G.

CC: 1.042.210.170

TEL: 312 580 51 34.

☐ 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, Saris natalia estrada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1055918656 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Fernando benítez estrada identificado RC O TI 1222253883 Estudiante de grado: 1 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: Saris Natalia E.R.

CC: 1055918656

TEL: 3177053997

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

1155

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sarís natalia estrada, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1055918656, en calidad de padre, madre o responsable del menor kalleya romero estrada identificado RC O TI 1092216712 Estudiante de grado: kinder de la institución educativa: Los tamemitos

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: Saris Y Estrada Blandon

CC: 1055918656

TEL: 3177053997

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

1156

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Sierra, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950756, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan José araque identificado RC O TI 1097508890 Estudiante de grado: 2 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: Sandra M. Silva

CC: 21950756

TEL: 3773977097

☐ 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, Sandra sierra, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950756, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan camilo arango identificado RC O TI 1092270741 Estudiante de grado: 11 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: Sandra M. Silva.

CC: 21950756

TEL: 3173971097

☐ 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, Omar Salgado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 13885959, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Salgado identificado RC O TI 1092742242 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: 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: Omar Salgado

CC: 13885959

TEL: 316 251 0403

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

1159

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Omar andres salgado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096197099 en calidad de padre, madre o responsable del menor Julian andres salgado castro identificado RC O TI 1096814170 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: _____

CC: 1096197099

TEL: 3114501918

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

1160

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Veronica orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1097184946, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gigi gabriela martinez identificado RC O TI _____ 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: Veronica Orozco M.

CC: 1097184946

TEL: 3168069319

☐ 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 pineda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63456420, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valentina ramirez identificado RC O TI 1042213387 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: 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: Hellinda

CC: 6345620

TEL: 3127911021

☐ 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 pineda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (e) Número: 03456420, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sofia pineda identificado RC O TI 1042413393 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: Herlinda

CC: 03456420

TEL: 3127991021

☐ 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, Yubile smith londoño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214880, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariangel Alo identificado RC O TI 1142726732 Estudiante de grado: Quinto de la institución educativa: 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: Yubi Londoño C.

CC: 1042214880

TEL: 3178168448

☐ 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, Nayibe Delgado Gonzalez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212772, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ali Sofia Echavarria identificado RC O TI 1042214380 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: Nayibe Delgado G.

CC: 1042 212 172

TEL: 304. 378 1364

☐ 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, Nayibe delgado gonzale., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212172 en calidad de padre, madre o responsable del menor Fabricio delgado identificado RC O TI 1042 273 368 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: 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: Nayibe Delgado G.

CC: 1042 272 172

TEL: 304 378. 804

☐ 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, Leidy Díaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37581197, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maximiliano castañeda identificado RC O TI 1094063162 Estudiante de grado: 3 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: Leidy Diaz

CC: 37581197

TEL: 3206735261

☐ 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, Omar Salgado, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 13985959, en calidad de padre, madre o responsable del menor Julian Salgado identificado RC O TI _____ 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: Omar Salgado

CC: 13'985.959

TEL: 3162510403

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

1168

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Juan S. Correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042 210 059, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Sebastian Correa A identificado RC O TI 1042214334 Estudiante de grado: 3. de la institución educativa: Nuello Hamett.

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: 1042210059

TEL: 3184464469

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

1169

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Juan Sebastian Correa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210054, en calidad de padre, madre o responsable del menor Alejandra Correa Arias identificado RC O TI 1042213650 Estudiante de grado: 5 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:

CC: 1042 210 054

TEL: 3184464769

☐ 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, Agripina rojas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63965975, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gileen maireth torres diaz identificado RC O TI 1096252755 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: antonio narriño

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: Agripina Rosas

CC: 63465975

TEL: 3247199.74.

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

1171

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Agripina Rojas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63465975, en calidad de padre, madre o responsable del menor Erwin Cortez identificado RC O TI 1097608738 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Antonio Nariño

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: Agripina Rosas

CC: 63465975

TEL: 3242719974

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

1172

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [illegible], identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1.042-211-866, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres Felipe Raigoza Benitez identificado RC O TI 1.097.194.540 Estudiante de grado: Octavo de la institución educativa: Seminario San Pedro Claver

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: [illegible]

CC: 1.042-211-866

TEL: 3145382365.

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

1173

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, David Garrido Tamayo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1.092.213.316, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel Felipe Martinez Sanabria identificado RC O TI 1097204674 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: IEI Eduardo Vélez

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] T.H

CC: 21950108

TEL: 3175285059

☐ 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, Daisiris Galindo tamayo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096223525, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeraldi Valentina Martinez Galindo identificado RC O TI 1042273316 Estudiante de grado: 6÷D de I.E.L.E.D 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: Daisiris G. T.

CC: 21950108

TEL: 3175285059

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

1175

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmen Cardona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 39354468, en calidad de padre, madre o responsable del menor Cristian Montoya identificado RC O TI 1042212126 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: 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: Carmen Cardona t

CC: 39359468

TEL: 3108550071

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

1796

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmen Cardona, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 39359468, en calidad de padre, madre o responsable del menor Liam Montoya I. identificado RC O TI 1047206800 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: I.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: Carmen Cardona t

CC: 39359468

TEL: 3108550071

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

1777

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yazmin Cosca B, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950798, en calidad de padre, madre o responsable del menor Olmen Ameya identificado RC O TI 1647206942 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 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: YAZMIN C.

CC: 21950798

TEL: 3143185712

☐ 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, Yazmin Cordoba, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950798, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ent Ameya identificado RC O TI 1096809278 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: I. 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: YAZMIN C.

CC: 21950798

TEL: 3143185712

☐ 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, Patricia Sepulveda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1011221398 en calidad de padre, madre o responsable del menor Alan Jose Pita. identificado RC O TI 1042215174 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: I.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: Patricia Sepulveda V.

CC: 1042213985

TEL: 3024197224

☐ 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, Leidy Montilla, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhon Jairo Sanchez identificado RC O TI 1042212616 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: I.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: Leidy Montilla Moreno
CC: 21'950.470
TEL: 350-7261207

☐ 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, Blanir L. Salazar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1007-815198, en calidad de padre, madre o responsable del menor Amena Villalva identificado RC O TI 1107517868 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: 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: Blanir L. Salazar

CC: 1001815198

TEL: 3005591901

☐ 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, Patricia Bolivar, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950611, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mario camilo perez identificado RC O TI 1.057.637393 Estudiante de grado: 9. de la institución educativa: Boliviano Garcia

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: 21950611

TEL: 3225323179.

☐ 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 Isabel Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 23157498 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mateo Ramirez. identificado RC O TI 1041221171 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: I.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: Isabel G

CC: 23157498

TEL: 3228302078

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

1184

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Julia. Alcantara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950553, en calidad de padre, madre o responsable del menor Samuel Andres Ibarra identificado RC O TI 1042214965 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Feliz Mare Restrepo Londoño

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: 21950553

TEL: 3023404214

☐ 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, Jolin Alcantara, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950 553 en calidad de padre, madre o responsable del menor Karl Sofia Jhon Zapata identificado RC O TI 1042214082 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Felix Maria Restrepo Londoño

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: 21950 553

TEL: 3023404214

☐ 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, Lisney Isabel Cano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096187368, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres Mateo Mardo identificado RC O TI 1042215347 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: Lisney Cano.

CC: 1096187368

TEL: 3203703489.

☐ 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, Lisney isabel cano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096187508, en calidad de padre, madre o responsable del menor karol yuliza cano lopez identificado RC O TI 1042127716 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: Lisney Cano

CC: 1096187368

TEL: 3203703489.

☐ 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, Carolina chacon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096228002, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maite camila gaona identificado RC O TI 1042681711 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: Diana Chacon

CC: 1096228002

TEL: 3214319395

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

1189

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carolina chacon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096228002, en calidad de padre, madre o responsable del menor Josue camilo gaoncha identificado RC O TI 1097190386 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: 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: Diana Chacon

CC: 1096228002

TEL: 3214349395

☐ 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, Rosa Elena Graus, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950060, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Yesid Gracia Graus identificado RC O TI 1042213485 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Caño Bodega Puerto Libre

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: Rosalina Rave

CC: 21950060

TEL: 3166899174

☐ 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, Zoraida Lozano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63469170 en calidad de padre, madre o responsable del menor Yosua Sebastian ramirez identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: 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: Zoraida Lozano

CC: 63469170

TEL: 3123877343

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

1192

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ximena Jimenez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214354, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andrea L. Medina. identificado RC O TI 1042214114 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: La reposa

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: Ximena J A

CC: 1042214354

TEL: 3127433994

☐ 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, Ximena Jiménez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214354, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angelina Arcila identificado RC O TI 1042213203 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: I.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: Ximena J.

CC: 1042214354

TEL: 3122433994

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

1194

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sulma Acevedo Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28484437 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jeronimo Cardenas identificado RC O TI 1096813607 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: I.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: Sulma.
CC: 28484437
TEL: 3167909826.

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

1195

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Salma Acevedo Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28484 437, en calidad de padre, madre o responsable del menor Witsell cordenas identificado RC O TI 1042215 670 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: I.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: Salma.

CC: 28484937

TEL: 3167909826.

☐ 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, Jorley Tatiana Lerma, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096248272, en calidad de padre, madre o responsable del menor Anton Guirao identificado RC O TI 1042216701 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: 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: Jorley Tatiana Lerma

CC: 1096248272

TEL: 3202297610

☐ 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, Ivon Andrea Valencia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1097186971, en calidad de padre, madre o responsable del menor Areidna Gomez identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: I.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: _____

CC: 1097186971

TEL: 3176246081

☐ 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, Rocio Salin, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 48161191, en calidad de padre, madre o responsable del menor Samark Salin identificado RC O TI 48278985 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: L. F. 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: [signature]

CC: 48161411

TEL: 3227329774

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