AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Natalia Sanchez Osorio identificado(a) con documento de identidad N° 1088 000 728 de Pereira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Bekilaizar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yamileth Ramirez Cardona identificado(a) con documento de identidad N° 1057759412 de Belalcazar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Yamileth R

Firma Usuario

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yuliana Silvana Lamundia Morales identificado(a) con documento de identidad N° 1057756630 de Belalcazar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Yuliana Silvana Lamundia
Firma Usuario

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Natalia Lopez Rios
identificado(a) con documento de identidad N° 1057756636 de Belalcázar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Natalia Lopez Rios
Firma Usuario

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yorly Viviana Alvarez Gonzalez identificado(a) con documento de identidad N° 1056 642 024 de Belalcázar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Yorli Viviana Alvarez
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Fabiana Valencia Pareja identificado(a) con documento de identidad N° 1057 757 694 de Pereira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Fabiana Valencia P.
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Zaira Vanessa Gil Duque
identificado(a) con documento de identidad N° 1057759375 de Bolívar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Bolívar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Zaira Gil Duque.
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Rosa Ruiz Ramirez
identificado(a) con documento de identidad N° 1053 816 759 de Santa Rosa, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad

Firma Profesional

Rosa Ruiz Ramirez
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Sandra Milena Cubillos Quintero identificado(a) con documento de identidad N° 42130578 de Dos Quebradas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Bolívar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Luz Miryam Morales Niaza
identificado(a) con documento de identidad N° 1007 385 937 de Belalcázar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Luz Miryam Morales Niaza
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Eloisa Quiroga Gallego identificado(a) con documento de identidad N° 42 138 833 de Dorada, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Eloisa Quiroga Gallego
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Miryam Andrea Mejia Sucre identificado(a) con documento de identidad N° 1086634504 de Virginia, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Bolívar, el día 11 del mes de Junio del año 2025

Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Miryam Andrea Mejia Sucre
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Dione Zulay Nieto Acevedo identificado(a) con documento de identidad N° 1057759368 de Belalcazar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Dione Zulay Nieto A.
Firma Usuario

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Autorizar Proceso de Intervención e Información a Terceros**	

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Paula Andrea Rojas Arenas
identificado(a) con documento de identidad N° 24529484 de Belalcazar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Paula Andrea Rojas A
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Manuela Granada Quiroz
identificado(a) con documento de identidad N° 1058 913 714 de Risaralda, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Enfermería, Sindy Yuliana Patiño Muñoz, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermería dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcazar, el día 11 del mes de Junio del año 2025
Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario