FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo, Marisol Franco Arenas identificado con CC 1192163690 en calidad de representante legal del menor Evelt Yohit Franco Arenas identificado con RC/TI 1054484019 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Marisol Franco Arenas
Cédula 1192163690
Teléfono de contacto 3206143336

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo, Yisela Zamora Lopez identificado con CC 1059787191 en calidad de representante legal del menor Juliana Quintero Zamora identificado con RC/TI 1059787898 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Yisel Zamora Lopez
Cédula 1059787191
Teléfono de contacto 3013213648

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo, Carolina Bustamante 1059186909 en calidad de representante legal del menor Iram David Agudelo Bustamante identificado con RC/TI 1059188121 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma CAROLINA BUSTAMANTE
Cédula 1059186909
Teléfono de contacto 3156293482

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo. Miyermid Restrepo Duque identificado con CC 4216250 en calidad de representante legal del menor Stefania Hernandez Restrepo identificado con RC/TI 1059788147 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Miyermid Restrepo
Cédula 42162550
Teléfono de contacto 3225626883

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo. Luz Andrea Llanos identificado con CC 1059784156 en calidad de representante legal del menor Celeste Blandon Llanos identificado con RC/TI 1059788153 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma
Cédula 1059784156
Teléfono de contacto 3206049150

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo, Valeria Puerta identificado con CC 1193123345 en calidad de representante legal del menor Mateo Holguin Puerta identificado con RC/TI 1059458159 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Valeria Puerta
Cédula 1193123345
Teléfono de contacto 3162174601

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo. Sarai Ayelen Giraldo Jimenez identificado con CC 1024483930 en calidad de representante legal del menor Victor Andres Lopez Giraldo identificado con RC/TI 1059185866 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarian de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Sarai Ayelen Giraldo
Cédula 1024483930
Teléfono de contacto 3148375450

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo, Deisy Dayana Blandon Lopez identificado con CC 1059784559 en calidad de representante legal del menor Geronimo Blandon Lopez identificado con RC/TI 1059758203 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Deisy Dayana Blandon
Cédula 1059784559
Teléfono de contacto 3015241231

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 26 de agosto de 2025

Yo. Nany Andreina Lopez Duaro identificado con CC 28391101 en calidad de representante legal del menor Yeimany Andreina Gonzalez Lopez identificado con RC/TI 1059815710 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Nany Andreina Lopez
Cédula 28391101
Teléfono de contacto 3218939710

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MENORES DE EDAD - ESTRATEGIAS PIC

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 20 de agosto de 2025

Yo. Nana Alejandra Garcia Restrepo identificado con CC 1059786911 en calidad de representante legal del menor Isaac Ramirez Garcia identificado con RC/TI 1251358182 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

Manifiesto que, como representante del menor de edad, titular de la información y de conformidad con la Ley 1090 de 2006, una vez informado (a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, se otorga en forma libre el consentimiento al profesional para la realización de las intervenciones psicológicas necesarias en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, proceso desarrollado por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE
que incluyen búsqueda de información sobre el caso, valoraciones psicológicas al niño, niña o adolescente, representantes legales y otros familiares. Comprendemos que toda la información recolectada hará parte de informes de valoración o de seguimiento los cuales, según el caso, podrán ser utilizados en pro del bienestar de los menores.

Suscribe:

Firma Nana Alejandra Garcia
Cédula 1059786911
Teléfono de contacto 3194869257