

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo YANIS UOTANA CABEZA identificada/o con CC
1067615218 madre (X) padre () o apoderado ()
de YANIS ARIEL ROJAS CABEZA identificada/o con N°
1066902550 participante de la unidad de atención
APRENDAMOS JUGANDO; de lo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

YANIS CABEZA

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Valentina Sarmiento Cervantes identificada /o con CC
1067593.077 madre (☒) padre (☐) o apoderado (☐)
de Katalaya Zuleta Sarmiento identificada/o con N°
1300422427 participante de la unidad de atención
Aprendamos jugando; dejo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Katalaya Sarmiento

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Isabel Hanna Granados identificada /o con CC
1065276589 madre (☒) padre (☐) o apoderado (☐)
de Santiago Andres Garcia Granados identificada/o con N°
1067646578 participante de la unidad de atención
Aprendamos Jugando; de lo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Isabel Granados

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25.

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yessica Licerth Alvarez . Aseanto . identificada /o con CC
1066 765 234 . madre () padre () o apoderado ()
de Ian David Mercado Alvarez . identificada/o con N°
1066904053 participante de la unidad de atención
Aprendamos Jugando .; dejo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yessica Alvarez .

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025 .

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Alfonso Anza S. identificada/o con CC
124356641 madre () padre (☒) o apoderado ()
de Juan Guillermo Anza Per identificada/o con N°
1067634647 participante de la unidad de atención
Atendimiento Juvenil; dejo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Luis Anze

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Estefanus Gohel Camillo Perero identificada/o con CC
49.558 215. madre (☒) padre (☐) o apoderado (☐)
de Javier Alexander Pope Camillo identificada/o con N°
1067645179. participante de la unidad de atención
Aprendamos jugando.; de lo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Estefanus. Camillo.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Daisy Dayana de la Hoz Armenta identificada /o con CC
1067 215 603 madre (☒) padre () o apoderado ()
de Sharol Sofia Camilo de la Hoz identificada/o con N°
1066901939 participante de la unidad de atención
Aprendamos Jovenes U.; dejo constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderado/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yilibeth Galíez Cardona identificada /o con CC
1066 219 912 madre (☒) padre (☐) o apoderado (☐)
de Thiago Benito Galíez identificada/o con N°
1064 645 216 participante de la unidad de atención
Aprendamos Jugando; de constancia de
haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yilibeth Galíez Cardona
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maitorena Villalobos coronel identificada /o con CC
1065 2125 696 madre () padre () o apoderado ()
de Noheny Gomez Villalobos identificada/o con N°
1067845 231 participante de la unidad de atención
Aprendamos jugando; dejo constancia de
haber

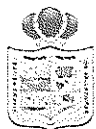
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maitorena Villalobos

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Carlos Villagas Ortiz identificada/o con CC 1065818.127
madre () padre (X) o apoderado () de Eiker Zhair Villagas
identificada/o con N° 166510761 participante de la unidad de atención
en continuo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Carlos Villagas Ortiz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 1.065.818.127

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Shariik Barrios Toledo identificada/o con CC 1065579740
madre () padre () o apoderado () de Zad Peña Barrios
identificada/o con N° 1067642695 participante de la unidad de atención
Mi carinito; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Shariik Barrios

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 08/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Gloria Ardila Garrido identificada/o con CC 36.858.794
madre () padre () o apoderado (X) de Guadalupe Silva Pico
identificada/o con N° 1066899111 participante de la unidad de atención
Racion Uca Mi Carinito; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Gloria Ardila Garrido

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 9 de Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo MAQUER GARCIA identificada/o con CC 27092018
madre () padre () o apoderado (X) de ANTHONY JOSE GARCIA
identificada/o con N° 1.073.186.182 participante de la unidad de atención
mi carinito; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

MAQUER GARCIA

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Shavir Barrios Toledo identificada/o con CC 1065579740
madre () padre () o apoderado () de Mbises Peña Barrios
identificada/o con N° 1067642594 participante de la unidad de atención
Mi Carrito; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Shavir Barrios
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 8/08/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Brandly Jekisy Moreno identificada/o con CC 4081000028
madre (x) padre () o apoderado () de Salome Mail
identificada/o con N° 11474976 participante de la unidad de atención
Familia enseña; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Brandly Moreno

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sheila Gutierrez identificada/o con CC 49607738
madre (X) padre () o apoderado () de Jose Julian Canache
identificada/o con N° 1065315018 participante de la unidad de atención
Fami te enseña; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sheila Gutierrez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Gleidis Montero Alfaro identificada/o con CC 1063967054
madre (X) padre () o apoderado () de Emma Marcela Montero Alfaro
identificada/o con N° 1066903523 participante de la unidad de atención
UCA Fami Te enseña; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

X Gleidis Montero

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/02/2020

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Leila Linero Narváez _____ identificada/o con CC 1065578166

madre () padre () o apoderado () de Thiago Rodríguez Linero _____
identificada/o con N° 1066299628 participante de la unidad de
atención Aprendamos Jugando . ; de

constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Leila Linero

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Glenns Esther Vides Barros identificada/o con CC 26726497

madre (X) padre () o apoderado (X) de Luciana Salazar Barros identificada/o con N° 1067638672 participante de la unidad de atención Aprendizaje Jugando; de constancia de haber

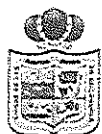
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Glenns Esther Vides Barros

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 6 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rosa Perez Bebeño identificada/o con CC 49790834

madre () padre () o apoderado (x) de Johanna Perez Argote identificada/o con N° 1066896393 participante de la unidad de atención Aprendamos Jugando ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 12 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Torcoroma García Loiza identificada/o con CC 49772422

madre () padre () o apoderado (X) de Jose Alejandro Villalobos identificada/o con N° 1065677867 participante de la unidad de atención Aprendamos jugando. ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Torcoroma García Loiza

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

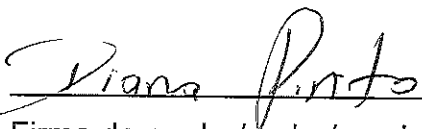
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Diana Marcela pinto puche identificada/o con CC 1003237956

madre (X) padre () o apoderado () de Eva Luna ligen pinto identificada/o con N° 1066305829 participante de la unidad de atención Aprendamos Juguando; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.


Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Glenis Esther Vides Baño identificada/o con CC 26726497.

madre (X) padre () o apoderado () de Naleña Sofia Cuadro Vides identificada/o con N° 1067630466 participante de la unidad de atención Aprendamos jugando ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Glenis Vides B.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 junio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

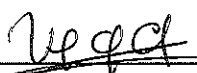
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Viviana DE LA CRUZ identificada/o con CC
1065623295

madre (x) padre () o apoderado () de Emily Picoll Bolaño DE LA CRUZ
identificada/o con N° 1137882540 participante de la unidad de
atención UCA los compositos ; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Tatiana Suarez _____ identificada/o con CC 1005625587.

madre () padre () o apoderado () de Dylan Suarez _____
identificada/o con N° 1066898787 participante de la unidad de
atención UCA LOS CARROSITOS ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Tatiana Suarez _____

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025 .

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

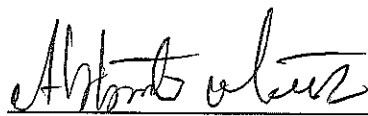
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Alberto Cruz Muñoz identificada/o con CC 1062401687

madre () padre (x) o apoderado () de Melany Blanco Arango identificada/o con N° 1066899322 participante de la unidad de atención Uca los Cañoneros ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Alejandra Zabaleta H. identificada/o con CC 1.065.649.994

madre (x) padre () o apoderado () de Abigail Restrepo Zabaleta identificada/o con N° 1300420403 participante de la unidad de atención Uca los camorritos ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maria A. Zabaleta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Lidia C. Cadena Rangel identificada/o con CC 1065643258

madre (x) padre () o apoderado () de Luis Mario Cadena Rangel identificada/o con N° 1066900881 participante de la unidad de atención UCA los Cañaditas ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Lidia Cadena Rangel

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maryoris Gutierrez Paez identificada/o con CC 1065624672

madre () padre () o apoderado () de Kianna Sofia Dangond identificada/o con N° 1137882838 participante de la unidad de atención Uca los Caracitas ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maryoris Gutierrez Paez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 1065624672 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Cindy Vanessa Leal Arca identificada/o con CC 1065656759

madre (X) padre () o apoderado () de Blondra Tobon Leal identificada/o con N° 1067647947 participante de la unidad de atención Uca los carritos ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Cindy Leal Arca.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Diana Cecilia Zuleta identificada/o con CC 7065633970

madre (x) padre () o apoderado () de Mahelith Viquez Castilla identificada/o con N° 1067642451 participante de la unidad de atención Uca los Cañositos ; de

constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Diana Cecilia Zuleta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ingrí Yvrieth Perez P. identificada/o con CC 1003043070

madre (X) padre () o apoderado () de Mariana Isabella Villar Perez identificada/o con N° 1066306248 participante de la unidad de atención Oca los carritos ; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ingrí Yvrieth P.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Camila Torres _____ identificada/o con CC 1003132694

madre (X) padre () o apoderado () de Thaliana Isabell Arango
identificada/o con N° 1065679194 participante de la unidad de
atención Uca los carinosos ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Camila Torres

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Alejandra Zabaleta H identificada/o con CC 1.065.649.994

madre (X) padre () o apoderado (X) de Matthias Benavidez De Leon identificada/o con N° 1104138357 participante de la unidad de atención Uca los Cañerositos ; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maria A. Zabaleta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025 ,

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Sanchez Ospino identificada/o con CC 1065585050
madre (☒) padre () o apoderado () de Ana Gabriela Pineda
identificada/o con N° 1300421210 participante de la unidad de
atención Los Angelitos ; de
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maria Sanchez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Masdalena Olitos Villegas identificada/o con CC 1081917832

madre (X) padre () o apoderado () de Kyllian Zuleta Olitos identificada/o con N° 1066903380 participante de la unidad de atención Los Angelitos ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Masdalena Olitos

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jubeth Jurado identificada/o con CC 1065819827

madre () padre () o apoderado () de Luis Jose Herrera J. identificada/o con N° 1100553302 participante de la unidad de atención Los Angeles ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Jubeth Jurado
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maira Contreras identificada/o con CC 1065679776
madre () padre () o apoderado () de Melityn Charlotte Moreno
identificada/o con N° 1137731847 participante de la unidad de
atención Los Angeles ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maira Contreras Amela

Firma de madre/padre/apoderado/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O**

**APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

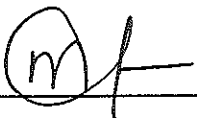
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Melina Carvajalino identificada/o con CC 1065633647

madre ☒ padre () o apoderado () de Maximiliano Tascano C.
identificada/o con N° 1067645273 participante de la unidad de
atención Los Angeles ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Caterin Mojica identificada/o con CC 1065620886
madre () padre () o apoderado () de Moleo Cabrera Mojica
identificada/o con N° 1137883097 participante de la unidad de
atención Los Angelitos ; dejo
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Caterin Mojica
Firma de madre/padre/apoderado/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ANA CELINA LUQUIZAMÓN Z identificada/o con CC 40771311

madre () padre () o apoderado () de Cristina Faber Rincón Ríos identificada/o con N° 1066.307429 participante de la unidad de atención LOS ANGELES ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

ANA CELINA LUQUIZAMÓN Z
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yolma Celina Leguizamón identificada/o con CC 40491811

madre () padre () o apoderado () de Isabel Cristina Ricon Rios identificada/o con N° 1066307478 participante de la unidad de atención Los Angeles; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yolma Celina Leguizamón
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo MAIRA BROCCIO identificada/o con CC 1040556919

madre (x) padre () o apoderado () de KRISDIE BARRAHONA identificada/o con N° 1065680952 participante de la unidad de atención Los Angeles; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

MAIRA BROCCIO
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 JULIO 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yuliett Polo _____ identificada/o con CC 1124071864

madre () padre () o apoderado () de Daniela Yiceth Bravo P
identificada/o con N° 4070633824 participante de la unidad de
atención Los Angeles ; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yuliett Polo
Firma de madre/padre/apoderado/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Adis Carolina Zuleta Arroyo identificada/o con CC 1065636522

madre () padre () o apoderado () de Emanuel José Perdomo identificada/o con N° 1036867008 participante de la unidad de atención Los Angelitos; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ledy's Padilla identificada/o con CC 26948271
madre () padre () o apoderado () de Eliaín Zaid Simanca
identificada/o con N° 1066894075 participante de la unidad de
atención Los Angeles ; dejo
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ledy's Padilla
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ludys Pareda identificada/o con CC 26949221
madre () padre () o apoderado () de Santiago David Simanca
identificada/o con N° 4067605608 participante de la unidad de
atención Los Angeles ; dejo
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ludys Pareda
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Vanessa Jorado Ariles identificada/o con CC 1065819627.

madre () padre () o apoderado () de Liam Mercado Jorado identificada/o con N° 1065647542 participante de la unidad de atención Los Angeles; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Vanessa Jorado

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O**

**APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ledy's Padilla identificada/o con CC 26948371

madre () padre () o apoderado () de El/los Daniel Simonca identificada/o con N° 1066899477 participante de la unidad de atención Los Angeles; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ledy's Padilla
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dayeiris Paer Bolano identificada/o con CC 1003378204

madre (x) padre () o apoderado () de Gabriela Buelvas Paer identificada/o con N° 1137883899 participante de la unidad de atención Las Caricias de mamá ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Dayeiris Paer Bolano

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Liceth Johana Torres Martinez identificada/o con CC 1064794607

madre (x) padre () o apoderado () de Alanna Sofia Benecol Torres identificada/o con N° 1137734095 participante de la unidad de atención las cañías de mamá ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Liceth y. Torres H.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

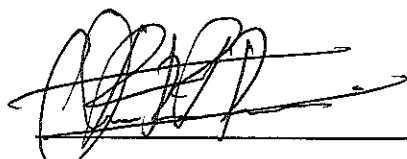
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Osman Arnaldo Lomero Plata identificada/o con CC 1120745713

madre () padre (X) o apoderado () de Osman Daniel Lomero Plata identificada/o con N° 1067646983 participante de la unidad de atención Las cañías de mamá; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Etiana Paola Fuentes Carzo identificada/o con CC 1055808693

madre (X) padre () o apoderado () de Enka Sofia Quintero Fuentes identificada/o con N° 1066902193 participante de la unidad de atención Las Caricias de mamá ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

etianapaula C

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Paola Roxibel Iguarán identificada/o con CC 6301422
madre (✓) padre () o apoderado () de Jean Isaias Sierra Iguarán
identificada/o con N° 1066903415 participante de la unidad de
atención Las Caricias de mamá ; dejo
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Paola Iguarán
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dayana Usorio fernandez identificada/o con CC 1082.970.563

madre (X) padre () o apoderado () de Isabella Moreno identificada/o con N° 1.245.179.907 participante de la unidad de atención las cañías de mamá ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Dayana Usorio

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, cesar 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rosalba Katherine Pérez Olmedo identificada/o con CC 1065810555

madre ☒ padre ☐ o apoderado ☐ de Analucia Rivas Pérez identificada/o con N° R.C. 1-137884043 participante de la unidad de atención Las cañías de mamá ; de jo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Rosalba K. Pérez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 10/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karen Lorena Quintero Clavijo identificada/o con CC 1003122992

madre (☒) padre () o apoderado () de Abby Lorena Lascano Quintero identificada/o con N° 1300422004 participante de la unidad de atención LAS CAÑÍAS DE MANÍ ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Karen Quintero.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Leynis Lopez Ortiz identificada/o con CC 49773940

madre () padre () o apoderado (x) de Adoleth teona Quintana
identificada/o con N° 1300421162 participante de la unidad de
atención Las Cañías de mamá ; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Leynis Lopez Ortiz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Gladas Selina Sanguino Guerra identificada/o con CC 1192902226

madre (☒) padre () o apoderado () de Emily Sofia Garcia Sanguino identificada/o con N° 1066308250 participante de la unidad de atención Las caricias de mamá ; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Gladas Sanguino

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo HERJORYS FERNANDEZ identificada/o con CC 5309630

madre (☒) padre () o apoderado () de Isaac Tupia

identificada/o con N° 1235343378 participante de la unidad de atención las cañías de mamá ; de jo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

[Firma]

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 10-07-2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL dosís, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yaslenis Del Valle Rojas Navarro identificada/o con CC PPT 6756 241

madre (X) padre () o apoderado () de Ainara Valentina Vitola Rojas identificada/o con N° 1066308882 participante de la unidad de atención Las Caricias de mamá RS ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yaslenis Rojas

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 09-07-2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maurilin Alejandra Sanchez identificada/o con CC 31-282 949

madre (☒) padre () o apoderado () de Mia Issabella Castellar Sanchez identificada/o con N° 1066308240 participante de la unidad de atención Las Caricias de Mamá ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maurilin Sanchez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 junio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sayuri Margoth Daza Vinas identificada/o con CC 41963075

madre (x) padre () o apoderado () de Ariadna Hernandez Daza identificada/o con N° 766307806 participante de la unidad de atención Amigos Felices ; de jo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sayuri Daza Vinas

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2015.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Emilia Jimenez identificada/o con CC 9007676749

madre (✓) padre () o apoderado () de Salome Conde Jimenez identificada/o con N° 1137882427 participante de la unidad de atención amigos felices; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud° administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

✓ Maria Jimenez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 08 - Julio

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anadith Gutierrez Guerra identificada/o con CC 49717709

madre () padre () o apoderado () de Hafco Peralta Gutierrez identificada/o con N° 1066899394 participante de la unidad de atención Amigos Felices ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anadith Gutierrez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Laura Marcela Peralta identificada/o con CC 1065808092.

madre (☒) padre () o apoderado () de Josue Adrian Soto identificada/o con N° 1066900928 participante de la unidad de atención Amigos Felices; de jo

constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Laura Peralta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Isabel Perez Garcia identificada/o con CC 1081805958

madre () padre () o apoderado () de Joel David Clavijo P. identificada/o con N° 1241088903 participante de la unidad de atención Amigos felices ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maria Isabel P. G.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Olga María Higueras identificada/o con CC 39515961
madre (x) padre () o apoderado () de Maria Victoria Vargas
identificada/o con N° 1067643815 participante de la unidad de
atención Amigos Felices ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Olga María Higueras
Firma de madre/padre/apoderado/o
Valledupar, 8/09/25

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Berta Amila Hidalgo Villegas identificada/o con CC 1793546936
madre () padre () o apoderado () de Katlen Lucia Campillo H.
identificada/o con N° 1067541903 participante de la unidad de
atención Amigos Felices ; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Berta Hidalgo
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 09/07/25.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Orlando MARGARITA LÓPEZ identificada/o con CC 1065982512

madre (X) padre () o apoderado () de ANALIA MARICHENA LÓPEZ identificada/o con N° 1066005382 participante de la unidad de atención Amigos Felices ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Orlando López

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Daniel Arturo Caballer M. identificada/o con CC 1192806090

madre () padre (x) o apoderado () de Daniel Rafael Castro J. identificada/o con N° 1065675503 participante de la unidad de atención Amigos felices ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Daniel C.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 09/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anabel Díaz Sining identificada/o con CC 1081906490

madre (X) padre () o apoderado () de María Fernanda Pérez Díaz identificada/o con N° 1067618343 participante de la unidad de atención Amigos Felices; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anabel Díaz Sining
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADO/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anabel Diaz Sinang identificada/o con CC 1081906490

madre (x) padre () o apoderado () de Anapaula Perez Diaz identificada/o con N° 1066895922 participante de la unidad de atención Amigos Felices; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anabel Diaz Sinang

Firma de madre/padre/apoderado/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anabel Díaz Sinning identificada/o con CC 1081906490

madre (x) padre () o apoderado () de María Elena Pérez Díaz identificada/o con N° 1067626061 participante de la unidad de atención Amigos Alegres; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anabel Díaz Sinning
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Monica Tatiana Correa Pios identificada/o con CC 1087490284

madre (☒) padre () o apoderado () de Ana Lucia Lemus Correa identificada/o con N° 1109939499 participante de la unidad de atención Amigos Felices; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Monica T. Correa
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anny giselle De uoz castro identificada/o con CC 1064106536

madre () padre () o apoderado () de luis valentino martinez identificada/o con N° 1137884173 participante de la unidad de atención Amigos felices; dejo constancia de haber

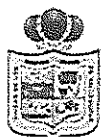
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anny de uoz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mariam Isabel Quiróz identificada/o con CC 1065808265

madre (☒) padre () o apoderado () de Anibal Daniel Rodríguez identificada/o con N° 1067646047 participante de la unidad de atención Amigos Felices ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Mariam Quiróz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mariam Isabel Quiroz identificada/o con CC 1065808265

madre () padre () o apoderado () de Isabel Sofia Rodriguez identificada/o con N° 1067614992 participante de la unidad de atención Amigos Felices; de

dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Mariam Quiroz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
CULTURA Y SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rocio E Villazon Ch. identificada/o con CC 49772017

madre () padre () o apoderado (x) de Dayanna Jaramillo
identificada/o con N° 1067640506 participante de la unidad de
atención Amigos Felices; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Rocio E Villazon Ch

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Elith Marina Torres identificada/o con CC 49777627

madre (☒) padre () o apoderado () de Juan Esteban Benitez identificada/o con N° 1066879758 participante de la unidad de atención Amigos felices ; de

dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Elith Marina Torres

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

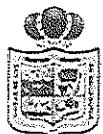
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Marnet Guerra identificada/o con CC 1235346028
madre () padre () o apoderado () de Maximela Clonja Guerra
identificada/o con N° 1067644957 participante de la unidad de atención
Mi Monte y yo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Marnet Guerra
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SERVICIO DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nelson Jorge Cuervo identificada/o con CC 77189363

madre () padre () o apoderado () de Maria Dolores Leon identificada/o con N° 1066307099 participante de la unidad de atención Mi mamá y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nelson Cuervo

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo NAYELI Paola meza Sanchez identificada/o con CC 5458366

madre (☒) padre () o apoderado () de LIANNY SOTIA PERTUZ MEZA identificada/o con N° 1066901076 participante de la unidad de atención mi mamita y Yo ; de constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

NAYELI Paola meza Sanchez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juanis Gomez identificada/o con CC 1065819801
madre () padre () o apoderado () de Asly Yvoralis Gomez
identificada/o con N° 1067633774 participante de la unidad de
atención MI Hamita 990 ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Juanis Gomez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nelson Javier Comacho A. identificada/o con CC 77189863

madre () padre () o apoderado () de Cristian David Comacho identificada/o con N° 1065-672-681 participante de la unidad de atención Mi Familia y Yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nelson Comacho

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yuanis Melba Díaz Rumbo identificada/o con CC 1005826695

madre () padre () o apoderado () de Harlam Sankago Díaz Rumbo identificada/o con N° 1066899298 participante de la unidad de atención Mi Mamita y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yuanis Díaz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 03 julio

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yolaura Aguilar M identificada/o con CC
1065828650

madre (x) padre () o apoderado () de lauren Miranda Aguilar
identificada/o con N° 1066900786 participante de la unidad de
atención U. Mamita 441 ; de
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

laura Aguilar

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Julio 16 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

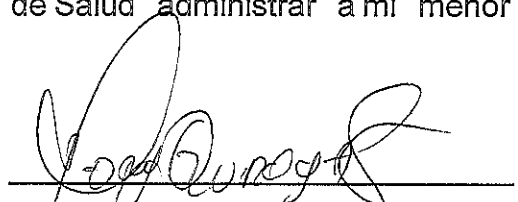
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mary Alejandra Quiroga de L identificada/o con CC 1065655225

madre ☒ padre () o apoderado () de PEDRO JOSE Gomez Quiroga identificada/o con N° 1066901057 participante de la unidad de atención UFI Hamita y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Valenia Plata Martinez identificada/o con CC 1065592393
madre (X) padre () o apoderado () de Nahela S. Jimenez Plata
identificada/o con N° 1067644907 participante de la unidad de
atención Mi Mamita y yo ; de
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Valenia Plata
CC-1065592393
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, Cesar 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Andrea Paula Segura Cervantes identificada/o con CC 1065836437

madre (x) padre () o apoderado () de Isabell Cristina Hernandez S. identificada/o con N° 1067644109 participante de la unidad de atención Mi Mamito 910 ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Andrea Segura

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

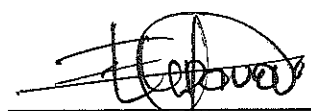
Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Eliseth Tatiana Pava Mander identificada/o con CC 1'065.646.640

madre (☒) padre () o apoderado () de Juan Pablo Suarez Pava identificada/o con N° 1'066.901.439 participante de la unidad de atención Mi mamá y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2015.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Kishu y Violeta Valera identificada/o con CC 7006432
madre (☒) padre () o apoderado () de Alexa Marcela Campo
identificada/o con N° RC 1066902008 participante de la unidad de
atención Mr. Manríquez 940 ; dejo
constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Kishu Valera

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nancy Azucena Tarazona Perico identificada/o con CC 68'361.887

madre () padre () o apoderado () de Karen Johana Monales Camecho identificada/o con N° 1099751776 participante de la unidad de atención Mimamita y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nancy Tarazona P.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2015

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yulibeth Daza Montero identificada/o con CC 1.065568398

madre () padre () o apoderado () de Samuel Andres Daza identificada/o con N° 1235343295 participante de la unidad de atención Mi Familia y yo ; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yulibeth Daza M

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Adriana Gomez Rueda identificada/o con CC 1129515328

madre (X) padre () o apoderado () de Valery Sofia Rueda Gomez identificada/o con N° 1067644578 participante de la unidad de atención U1 Mamita 440; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Adriana Gomez Rueda

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Felicia Esther Acosta Ospina identificada/o con CC 1003236414
madre (X) padre () o apoderado () de Meleth Sofia Montesino Acosta
identificada/o con N° 1300420670 participante de la unidad de
atención Me Hamita 4610 ; de
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Felicia Acosta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 1003236414 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Kens Umana Hidalgo Villegas identificada/o con CC 1065824688.

madre ☒ padre ☐ o apoderado ☐ de Joub Alexander Bello Hidalgo identificada/o con N° 1137882689 participante de la unidad de atención Ni Nameta y Yo; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cer. 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Enika Lorena Espinella Rada identificada/o con CC 1065839560

madre (X) padre () o apoderado () de Sergio Andres Villazon E identificada/o con N° 1137882908 participante de la unidad de atención Mi mamita y yo ; dejo constancia de haber

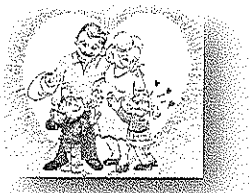
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Enika Espinella

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS MIXTOS
GUACOCHE-GUACOCHITO
NIT: 800203052-7

ASOCIACIÓN DE PADRES COMUNITARIOS MIXTOS GUACOCHE-GUACOCHITO

Nit: 800203052-7
Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
Correo electrónico: asocguacocheguacochito24@gmail.com

CERTIFICACIÓN

La suscrita, **Luz Marina Guerra Farelo**, en calidad de representante legal de las unidades comunitarias de atención mi cariñito y fami te enseña, se permite certificar que:

La señora **Kely Peña Vigoya**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.067.711.131, realizó con éxito el día 16 de julio de 2025 una jornada de **desparasitación** dirigida a los niños, niñas y familias de esta institución, en el marco de la estrategia "**Salud a tu comunidad – Valledupar te cuida**", liderada por el **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)** de la **Secretaría Local de Salud** y ejecutada por el **Hospital Eduardo Arredondo Daza**, cuyo objetivo fue la prevención de **geohelmintiasis** y la reducción de la carga parasitaria en la población objeto.

Durante el desarrollo de dicha actividad, fueron desparasitados:

- **139 niños y niñas** pertenecientes a la (unidades comunitarias de atención) UCAS de la modalidad propia e intercultural de ICBF.
- **41 mujeres en edad fértil**, pertenecientes al talento humano de esta institución.

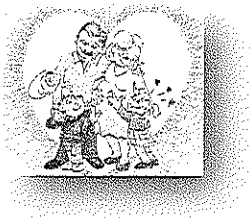
La jornada se desarrolló de manera organizada y con una activa participación de las familias. Se anexa a la presente el listado de los niños, niñas que participaron en la actividad.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, en **Valledupar**, a los dieciséis (16) días del mes de julio de 2025, para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Luz Marina Guerra Farelo
Representante Legal

Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
asocguacocheguacochito24@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS MIXTOS
GUACOCHE-GUACOCHITO
NIT: 800203052-7

LISTADO DE NIÑOS Y NIÑAS

1	ABBY LORENA LASCARRO QUINTERO RC 1300422004
2	ABIGAIL RESTREPO ZABALETA RC 1300420103
3	ADALETH LOHANA QUINTERO VALDEZ RC 1300421162
4	ADRIANA SOFIA MOYA QUINTERO RC 1066097994
5	ALANNA SOFIA BERROCAL TORRES RC 1137734075
6	ALEXANDRO AISMITH ROMERO GRANADILLO RC 1300420707
7	ALEXIA MARCELA CAMPO RC 1066902008
8	ALONDRA TOBON LEAL RC 1067647747
9	AMARA PEREA DUARTE RC 1066064034
10	ANA GABRIELA RIVERO SANCHEZ RC 1300421210
11	ANA LUCIA LEMUS CORREA RC 1109939499
12	ANA LUCIA RIVAS PEREZ RC 1137884043
13	ANAPaula PEREZ DIAZ RC 1066895922
14	ANIBAL DANIEL RODRIGUEZ RC 1067646047
15	ANTHONY JÁCOME ME MANDÓN RC 1137734014
16	ANTHONY JOSÉ GÁMEZ RC 1073186182
17	ARIADNA HERNANDEZ DAZA RC 1066307806
18	ARIANA VALENTINA VITOLA ROJAS RC 1066308882
19	ARIANNY PAOLA MEJÍA MARTÍNEZ RC 1065667768
20	ASLY MORALES GOMEZ RC 1067633774
21	ATHALIA MARCHENA LOPEZ RC 1066005382
22	BENJAMÍN MARULANDA ARZUAGA RC 1067643502
23	CRISTIAN DAVID LAGOS CAMACHO RC 1065672651
24	CRISTINA ISABEL RINCON RIOS RC 1066307429
25	DANIEL RAFAEL CASTRO RC 1065675503
26	DANIELA YICETH BRAVO POLO RC 1070633824
27	DANNA PEREA DUARTE RC 1066064033
28	DAYANA JARAMILLO RC 1067640506
29	DAYNER JOSUÉ PEÑA BARRIOS RC 1067645392
30	DIANA ANDRADE RC 1214469562
31	DIEGO ALEJANDRO FORERO DURÁN RC 1066309121
32	DILAN DAVID SUAREZ VERGARA RC 1066898787
33	EIKER ZHAIR VILLEGAS MARTÍNEZ RC 1065677832
34	ELIAN ZAID SIMANCA RC 1066894075

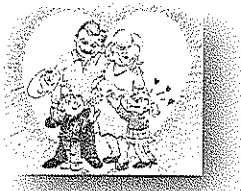
Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
asocguacocheguacochito24@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS MIXTOS
GUACOCHE-GUACOCHITO
NIT: 800203052-7

35	ELIAS DANIEL SIMANCA RC 1066899472
36	EMILIANO BARROS PEREA RC 1066893966
37	EMILIANO RAMÍREZ PUERTA RC 1066903179
38	EMILY NICOLL BOLAÑO DE LA CRUZ RC 1137882540
39	EMILY SOFIA GARCIA SANGUINO RC 1065308250
40	EMMA MARCELA MONTERO ALFARO RC 1066903523
41	EMMANUEL JOSE PALOMINO ZULETA RC 1036867008
42	ERIC FERNANDO MANDÓN RC 1092181569
43	ERIKA SOFIA QUINTERO FUENTES RC 1066902173
44	ESTEBAN DAVID LIÑÁN PEDROSO RC 1067635895
45	EVA PATIÑO APARICIO RC 1233914462
46	EVALUNA LUJAN PINTO RC 1066305829
47	EVELYN CASTILLO ZÚÑIGA RC 1065680680
48	GABRIELA BUELVAS PAEZ RC 1137883899
49	GABRIELA PAOLA URIEL CARRILLO RC 1067643769
50	GUADALUPE ANDREA SILVA PICO RC 1066399111
51	HASLAM SANTIAGO DIAZ RUMBO RC 1066899798
52	IAN DAVID MERCADO ALVAREZ RC 1066904053
53	ISAAC DAVID CHAMORRO MUÑOZ RC 1066310217
54	ISAAC ENRIQUE TAPIA FERNANDEZ RC 1235343318
55	ISABEL CRISTINA RINCON RIOS RC 1066307428
56	ISABEL SOFIA RODRIGUEZ RC 1067614992
57	ISABELL CRISTINA HERNANDEZ RC 1067644109
58	ISABELLA MORENO OSORIO RC 1245179907
59	JAVIER ALEXANDER PUPO CARRILLO RC 1067645179
60	JEAN ISAIAS SIERRA IGUARAN RC 1066903415
61	JESÚS ÁNGEL DELGADO MARÍN RC 1137731632
62	JESÚS DAVID LIÑÁN PEDROSO RC 1066301844
63	JOAB ALEXANDER BELLO HIDALGO RC 1137882689
64	JOEL DAVID CLAVIJO PEREZ RC 1241088903
65	JOHANIS PEREZ ARGOTE RC 1066896393
66	JOSE ALEJANDRO VILLALOBOS RC 1065677567
67	JOSÉ JULIÁN CANAVATE GUTIÉRREZ RC 1065615018
68	JOSUE ADRIAN SOTO RC 1066900928
69	JUAN ESTEBAN BENITEZ TORRES RC 1066879758

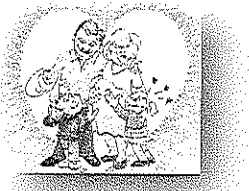
Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
asocguacocheguacochito24@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS MIXTOS
GUACOCHE-GUACOCHITO
NIT: 800203052-7

70	JUAN PABLO SUAREZ PABA RC 1066901439
71	KAREN LOHANA MENESES CAMACHO RC 1099751776
72	KATALEYA ZULETA SARMIENTO RC 1300422427
73	KATLEN LUCIA CAMPILLO HIDALGO RC 1067541903
74	KIANNA SOFIA DANGOND RC 1137882838
75	KLEITYN CHARLOTH MORENO CONTRERAS RC 1137731847
76	KRISBEL MARIA BARAHONA BROCHERO RC 1065680952
77	KYLIAN JARED ZULETA OJITOS RC 1066903350
78	LAUREN MIRANDA AGUILAR RC 1066900786
79	LIAM DAVID MARRIAGA MUÑOZ RC 1065680217
80	LIAMMERCADO JURADO RC 1065647542
81	LIANNY SOFIA PERTUZ MEZA RC 1066901076
82	LUCIANA SALAZAR BARRIOS RC 1067638672
83	LUIS JOSE HERRERA JURADO RC 1100553302
84	LUIS MARIO CADENA RANGEL RC 1066900881
85	LUIS ORTIZ HERNÁNDEZ RC 1065676364
86	LUIS VALENTINA MARTINEZ DE VOZ RC 1137884173
87	MAHELETH VASQUEZ CASTILLA RC 1067642451
88	MARIA ALEJANDRA LEON RC 1066307099
89	MARIA ELENA PEREZ DIAZ RC 1067626061
90	MARIA FERNANDA PEREZ DIAZ RC 1067618343
91	MARÍA JULIANA CANAVATE GUTIERREZ RC 1067642690
92	MARIA VICTORIA VARGAS HERNANDEZ RC 1067643815
93	MARIANA ISABELLA VILLAR PEREZ RC 1066306248
94	MARY LUZ JAIRO RIVERO RC 1137732627
95	MATEO LUIS CABRERA MOJICA RC 1137883097
96	MATEO PERALTA GUTIERREZ RC 1066899394
97	MATÍAS ANDRÉS JIMÉNEZ CAMARGO RC 1225086951
98	MATIAS BLANCO ARAUJO RC 1066899322
99	MATTIA BENAVIDEZ DE LEON RC 1104138357
100	MAXIMILIAN TOSCANO CARVAJALINO RC 1067645283
101	MAXIMILIANO CLAVIJO GUERRA RC 1067644957
102	MAXIMILIANO RAMÍREZ PUERTA RC 1066903178
103	MELETH SOFIA MONTESINO ACOSTA RC 1300420670
104	MIA ISABELLA CASTELLAR SANCHEZ RC 1066308240

Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
asocguacocheguacochito24@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS MIXTOS
GUACOCHE-GUACOCHITO
NIT: 800203052-7

105	MOISÉS PEÑARANDA BARRIOS RC 1067642694
106	NAHELA JIMENEZ PLATA RC 1067644907
107	NARA BARROS JIMÉNEZ RC 1065824207
108	NEYMAR, JOSÉ SILVA, RUIZ RC 1066305702
109	NEYTHAN, CARRILLO CAMPUZANO RC 1066309233
110	NICOL ANDRÉS JIMÉNEZ RC 117576487
111	NOHEMY GOMEZ VILLALOBOS RC 1067645231
112	OSMAR DANIEL LLANES RIVERA RC 1067646983
113	PAOLA ANDREA VILLALOBOS RC 1066306480
114	PAULA ELENA RINCÓN RC 1066306480
115	PEDRO JOSE GOMEZ QUIROGA RC 1066901051
116	POL DAVID TERNERA BUSTAMANTE RC 1067636281
117	ROSELIS OVIEDO RC 1065682157
118	SAHEL SOFIA PÉREZ RC 1067617395
119	SALOME CONDE JIMENEZ RC 1137882427
120	SALOMÉ MÓVIL MORENO RC 114748876
121	SAMUEL ANDRES DAZA RC 1235343295
122	SANTIAGO ANDRES GARCIA GRANADOS RC 1067646578
123	SANTIAGO DAVID SIMANCA RC 1067605608
124	SERGIO ANDRES VILLAZON ESPRIELLA RC 1137882908
125	JUAN GUILLERMO ARIZA PEÑA RC 1067634647
126	SHAROL SOFIA CARRILLO DE LA HOZ RC 1066901939
127	SOFÍA ANDRADE RC 1300420261
128	SOFÍA ESTHER MONTOYA AYALA RC 1235343752
129	THALIANA ISABELL ARAUJO RC 1065679194
130	THIAGO BERRIO GALVIS RC 1067645216
131	THIAGO RODRIGUEZ LINERO RC 1066299628
132	VALENTIN BLANCO OSPINO RC 1137882872
133	VALERIA SOFIA CUADRO VIDES RC 1067630466
134	VALERY PATIÑO APARICIO RC 6384747
135	VALERY SOFIA RUEDA GOMEZ RC 1067644578
136	VICTORIA SOFIA GALLEG0 RC 1300422247
137	Yaelis Ailed Rojas Cabeza RC 1066902550
138	YURIT PAOLA MACÍAS PADILLA RC 1300421348
139	ZAID JOSÉ PEÑA BARRIOS RC 1067642695

Dirección: Calle 30 # 4 H-74 Barrio Villa del Rosario
Tel: 3165341298
asocguacocheguacochito24@gmail.com



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR

SALUD

AREA ENFERMEDADES EMERGENTES REEMERGENTES Y DESATENDIDAS

ESTRATEGIA SALUD A TU COMUNIDAD - "VALLEDUPAR TE CUIDA"

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL MAÑANITAS DE INVIERNO





SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2025



Valledupar, 8 de julio de 2025

Señora:

INGRIS ARAMENDIZ

COORDINADORA CDI MAÑANITAS DE INVIERNO

Valledupar

Asunto: Concertación para desarrollo de campaña de desparasitación masiva

Cordial saludo,

Por medio del presente, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), liderado por la Secretaría Local de Salud y ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E., desea extenderles un cordial saludo y, a su vez, socializar e invitarlos a ser parte activa de la estrategia "Salud a tu Comunidad: Valledupar Cuida", orientada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades parasitarias.

En el marco de esta estrategia, se tiene prevista la realización de una campaña de desparasitación masiva, dirigida a población vulnerable, incluyendo niños y niñas entre 1 y 14 años y mujeres en edad fértil, con el propósito de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en nuestra comunidad.

Dado el impacto positivo que esta actividad tendrá en la salud colectiva, queremos contar con su valiosa participación y apoyo en la convocatoria de la población objetivo. Para ello, solicitamos cordialmente concertar una fecha, hora y lugar adecuados para llevar a cabo la estrategia en sus instalaciones o comunidad.

Agradecemos de antemano su colaboración y disposición. Quedamos atentos a su respuesta para coordinar los detalles logísticos necesarios.

Atentamente,

Kely Peña Vigoya

Referente del área enfermedades emergentes reemergentes y desatendidas

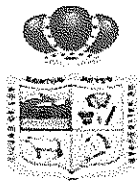
Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

cel:3003804480

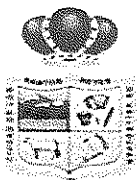
Jexi Ramon Caldas
Notarista
CDI Mañanitas de invierno

www.headesevalledupar.gov.co – e-mail: headadaza@telecom.com.co

Carrera 20 N° 43-63 Teléfonos: (095) 5842828-5846293 - Valledupar Cesar



AREA DE LA SECTORIAL:	ENFERMEDADES EMERGENTES REMERGENTES Y DESATENDIDAS					
LUGAR:	CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL (CDI) MAÑANITAS DE INVIERNO		FECHA	8/07/2025	HORA DE INICIO	1:25 p.m.
					HORA FINAL	1:39 p.m.
TIPO DE ACTIVIDAD:	Comité		Mesa de Trabajo		Auditoría	Monitoreo/ Seguimiento
	Reunión		Asistencia técnica		Capacitación	Otra/cual: CONCERTACIÓN
TEMA:	Realizar actividad de desparasitación masiva dirigida personas que incluyan: niños de 1 a 14 años y mujeres en edad fértil (y demás grupos priorizados) con el fin de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en la población objeto.					
OBJETIVO:	Concertar la ejecución de la estrategia "Salud a tu Comunidad – Valledupar te Cuida", mediante una actividad de desparasitación dirigida a niños y niñas de 1 a 14 años, mujeres en edad fértil y otros grupos priorizados, con el propósito de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en el CDI mañanitas de invierno.					
POBLACIÓN OBJETO:	Niñez, Adolescencia, Juventud, adulto.					
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD						
<p>Se llevó a cabo una reunión de concertación en las instalaciones del Centro de Desarrollo Infantil (CDI) mañanitas de invierno con la participación de la nutricionista Lorexi Lorena Ramírez Celedón, nutricionista dietista del equipo institucional, y la señora Kely Peña Vigoya, referente del área de Enfermedades Emergentes, reemergentes y Desatendidas del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) del municipio de Valledupar.</p> <p>El objetivo del encuentro fue socializar la estrategia Salud a tu comunidad – Valledupar te cuida y concertar la realización de una actividad de desparasitación dirigida a niños y niñas entre 1 y 14 años, mujeres en edad fértil, y otros grupos priorizados, con el fin de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en la población objetivo.</p> <p>Durante la reunión, se presentó la propuesta metodológica de intervención, la cual contempla la ejecución de la actividad dentro de la institución, priorizando a los niños y niñas que lleven más de seis (6) meses sin haber sido desparasitados.</p> <p>Se establecieron los siguientes acuerdos logísticos y técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• El CDI mañanitas de invierno facilitará los espacios físicos necesarios para el desarrollo de la actividad.• La referente del área entregará a la nutricionista copia de los formatos de consentimiento informado, para que estos sean distribuidos con anticipación a los padres y madres de familia interesados en que sus hijos e hijas participen en la actividad.• La nutricionista dietista encargada del componente de salud y nutrición de la unidad de atención enviará la invitación a los padres a través de los grupos de WhatsApp institucionales.• La nutricionista deberá entregar, antes de la actividad, el formato de consentimiento informado debidamente diligenciado y firmado por los padres o acudientes de los niños y niñas beneficiarios. Este documento autoriza de manera expresa al equipo del PIC para realizar el procedimiento, y se						



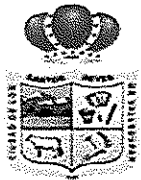
aclara que únicamente serán intervenidos quienes cuenten con dicho consentimiento firmado, en garantía del respeto a los derechos y decisiones de las familias.

- La actividad de desparasitación se llevará a cabo el día 17 de julio de 2025, a partir de las 8:00 a.m., una vez los niños y niñas hayan ingresado al CDI. La actividad se realizará algunos con la presencia de los padres de familia y otros se realizarán en las aulas o salones, dado que muchos deben salir a trabajar desde muy temprano y no pueden permanecer en la institución. Con base en la experiencia previa y en aras de garantizar el buen desarrollo de la actividad, la nutricionista considera que su realización sin la participación directa de los padres favorecerá una mayor organización y efectividad.
- La institución se compromete a elaborar una certificación oficial en la que se describa el número total de usuarios atendidos durante la actividad, garantizando coherencia entre dicha certificación, relacionando los niños y niñas intervenidos.

Sin más asuntos por tratar, se da por finalizada la reunión, quedando establecida la cooperación entre las partes para el desarrollo exitoso de la actividad.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	El CDI se compromete a disponer de los espacios físicos adecuados y seguros para la actividad de desparasitación, así como a convocar e invitar a los padres de familia y acudientes para asegurar su participación activa. Igualmente, deberá socializar previamente la actividad con los padres, garantizando que comprendan el objetivo de la intervención y su importancia. Así mismo, se encargará de recoger y entregar los formatos de consentimiento informado debidamente firmados por los padres o acudientes.	El Centro de Desarrollo Infantil (CDI) mañanitas de invierno	INMEDIATO
2.	La institución deberá elaborar una certificación oficial que registre el número total de usuarios atendidos durante la actividad, asegurando coherencia con los listados entregados.	El Centro de Desarrollo Infantil (CDI) mañanitas de invierno	17 de julio de 2025
3.	El equipo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) se compromete a diseñar y ejecutar la actividad de desparasitación conforme a los protocolos establecidos, priorizando a los niños y niñas de 1 año en adelante con más de seis meses sin tratamiento.	PIC	17 de julio de 2025

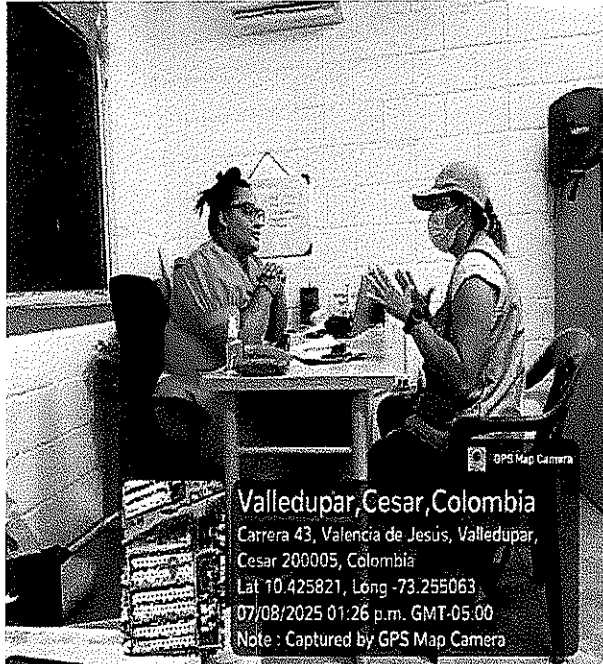
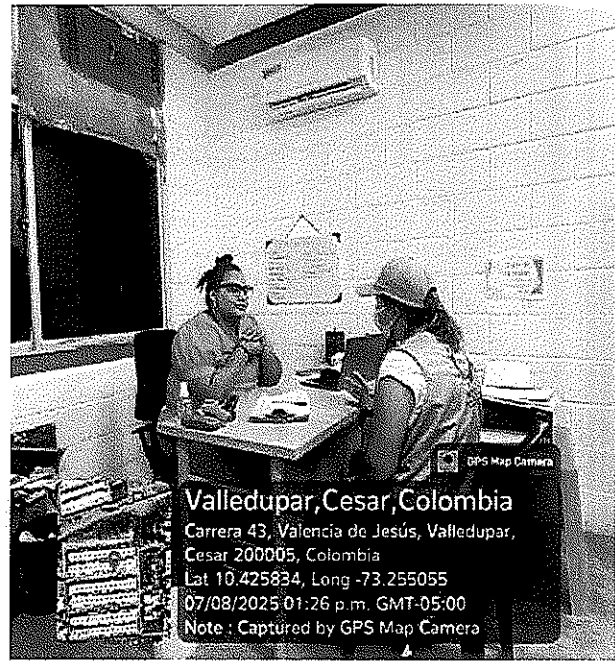
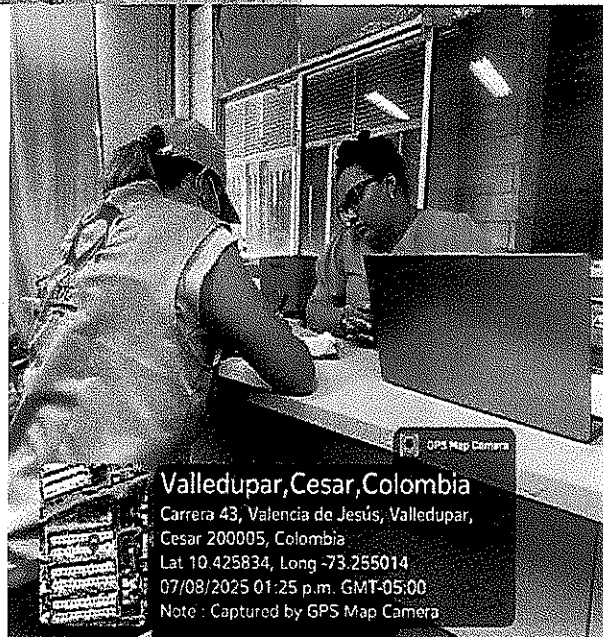


REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Fecha: 8 de julio de 2025

Hora: 1:26 p.m.

CONCERTACIÓN ACTIVIDAD DE DESPARASITACIÓN - CDI MAÑANITAS DE INVIERNO



Responsable del
diligenciamiento:

KELY DULFAY PEÑA VIGOYA

Kely Peña

Cargo /cedula

REFERENTE DEL ÁREA ENFERMEDADES EMERGENTE
REMERGENTES Y DESATENDIDAS/CC. 1067711131

VALIDADORE
S DEL
ACTA

NOMBRE

CARGO/ENTIDAD

Número de
Cédula

Firma

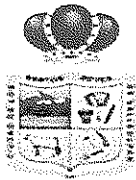
LOREXI LORENA RAMÍREZ
CELEDÓN

NUTRICIONISTA DIETISTA
DEL CDI MAÑANITAS DE
INVIERNO

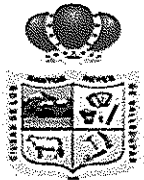
1121335996 *Lorexi Ramirez*

ANEXOS:

N/A



ÁREA DE LA SECTORIAL:	ENFERMEDADES EMERGENTES, REMERGENTES Y DESATENDIDAS						
LUGAR:	CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL (CDI) MAÑANITAS DE INVIERNO		FECHA	17/07/025	HORA DE INICIO	8:00 AM	
					HORA FINAL	11:00 AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	Comité	Mesa de Trabajo	Auditoría		Monitoreo/ Seguimiento		
	Reunión	Asistencia técnica	Capacitación		Otra/cual:	Actividad	
TEMA:	Realizar actividad de desparasitación masiva dirigida personas que incluyan: niños de 1 a 14 años y mujeres en edad fértil (y demás grupos priorizados) con el fin de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en la población objeto.						
OBJETIVO:	Ejecutar la estrategia "Salud a tu Comunidad – Valledupar te Cuida", mediante una actividad de desparasitación dirigida a niños y niñas de 1 a 14 años, mujeres en edad fértil y otros grupos priorizados, con el propósito de prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en el CDI mañanitas de invierno.						
POBLACIÓN OBJETO:	Niñez, Adolescencia, Juventud, adulto, adulto mayor.						
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD							
<p>Siendo las 8:00 a.m. del día 17 de julio de 2025, en las instalaciones del Centro de Desarrollo Infantil (CDI) mañanitas de invierno, y contando con la debida autorización de los directivos de la institución, se dio inicio a la actividad de desparasitación masiva, en el marco de la estrategia "Salud a tu comunidad – Valledupar te cuida", liderada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de la Secretaría Local de Salud y ejecutada por la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza. Esta intervención tuvo como propósito prevenir la geohelmintiasis y reducir la carga parasitaria en la población infantil atendida en el CDI.</p> <p>La actividad contó con la participación de la nutricionista-dietista Lorexi Lorena Ramírez Celedón, profesional del CDI mañanitas de invierno, Kely Peña Vigoya, referente del área de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas de la Secretaría Local de Salud y del hospital a través del ...C; así como de los padres y madres de familia de los niños y niñas beneficiarios.</p> <p>La actividad dio inicio en los salones, donde las docentes entregaron los consentimientos informados debidamente firmados por los padres y madres de familia. Previo a la intervención, se realizó una breve presentación dirigida a los niños y niñas, en la cual se explicó qué es el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), de dónde proviene el equipo y cuál era el objetivo de la actividad.</p> <p>Durante esta sensibilización, se les explicó de manera sencilla el procedimiento a realizar y la importancia de consumir el antiparasitario, destacando que, al finalizar la actividad, estarían más sanos y libres de parásitos, los cuales se alimentan de los nutrientes del cuerpo, afectando su crecimiento y bienestar. Posteriormente, se procedió con la administración del medicamento (albendazol-Líquido). De acuerdo con los lineamientos establecidos, únicamente fueron desparasitados aquellos niños y niñas que contaban con autorización escrita, aplicando el medicamento conforme a las cinco prácticas seguras de administración, garantizando así la seguridad y eficacia del proceso.</p> <p>Se verificó la fecha de vencimiento del antiparasitario, la cual correspondía a marzo de 2026. La actividad se desarrolló de forma organizada; si bien se presentaron algunas dificultades en la administración del medicamento debido a la corta edad de algunos menores, la mayoría recibió el tratamiento con disposición y sin complicaciones. No se reportaron reacciones adversas al medicamento durante la actividad.</p> <p>Una vez finalizada la intervención en la población infantil, se procedió a la desparasitación del talento</p>							

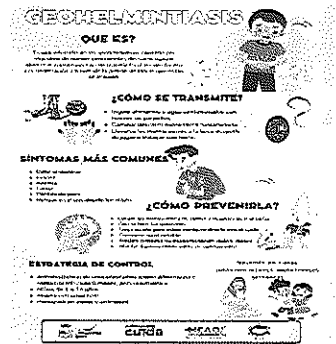


humano de la institución, incluyendo a mujeres en edad fértil que habían entregado previamente su consentimiento y registrado su participación en el listado de asistencia.

Se realizó el correspondiente conteo y verificación de las dosis administradas, registrando un total de 140 niños y niñas y 32 adultos desparasitados durante la actividad.

La nutricionista-dietista Lorexi Ramírez, encargada del componente de salud y nutrición, manifestó su agradecimiento por haber sido tenida en cuenta en esta actividad y expresó su satisfacción por la organización y el impacto positivo de la actividad.

Para constancia, se levanta la presente acta, se recogen las evidencias fotográficas correspondientes y se solicita el certificado de participación institucional. Con ello, se da por finalizada exitosamente la actividad de desparasitación. Se compartió material informativo en salud relacionada con el tema.



La actividad de desparasitación realizada el 17 de julio de 2025 en el CDI Mañanitas de Invierno se desarrolló de manera organizada, segura, beneficiando a 140 niños y niñas y 32 adultos. La intervención cumplió con los lineamientos técnicos establecidos, garantizando la aplicación del medicamento únicamente a quienes contaban con consentimiento informado de sus padres y siguiendo las cinco prácticas seguras de administración. Las acciones de sensibilización previas, adaptadas a la edad de los menores, permitieron fortalecer el conocimiento sobre la importancia de la desparasitación y su impacto positivo en la salud, el crecimiento y el bienestar general.

La articulación interinstitucional y la participación activa de la comunidad fueron determinantes para el éxito de la actividad, consolidando el compromiso conjunto con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades parasitarias.

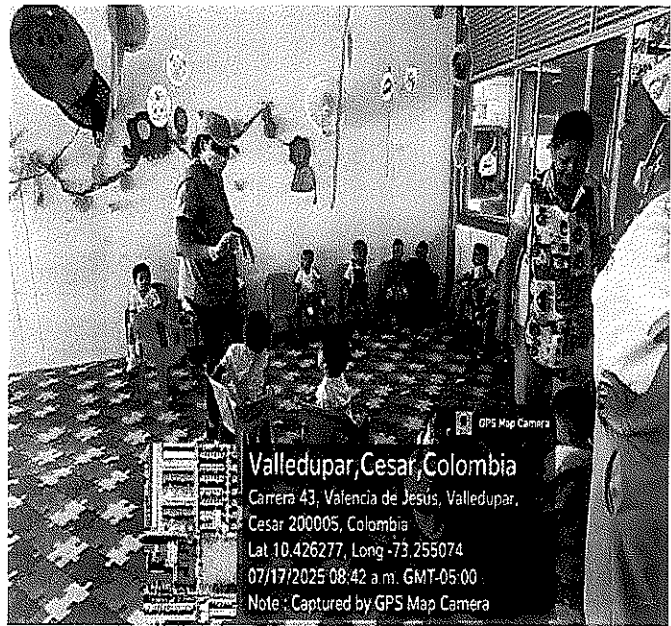
REGISTROS FOTOGRAFICOS

Fecha: 17 de julio de 2025

Hora: 08:30 am

estrategia salud a tu comunidad Valledupar te cuida- CDI MAÑANITAS DE INVIERNO

Presentación de PIC

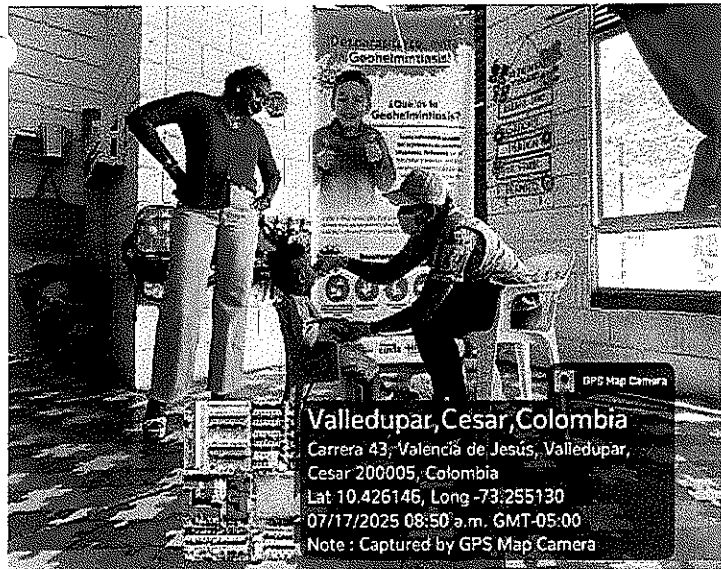
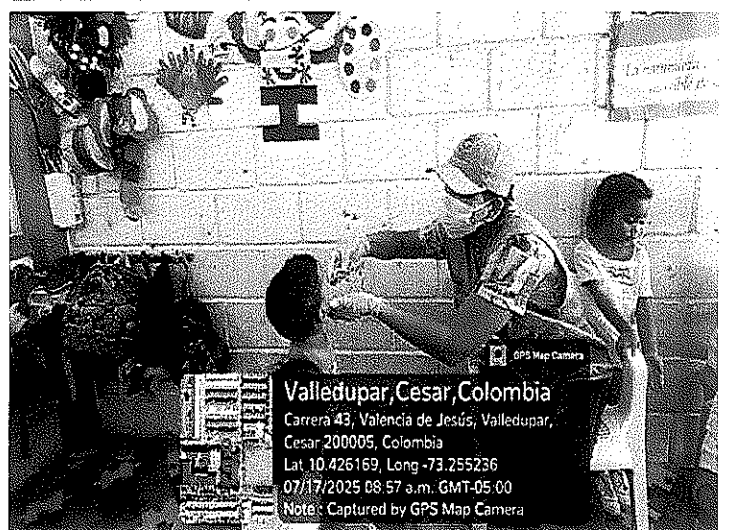


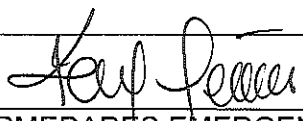
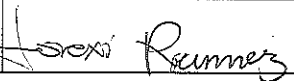


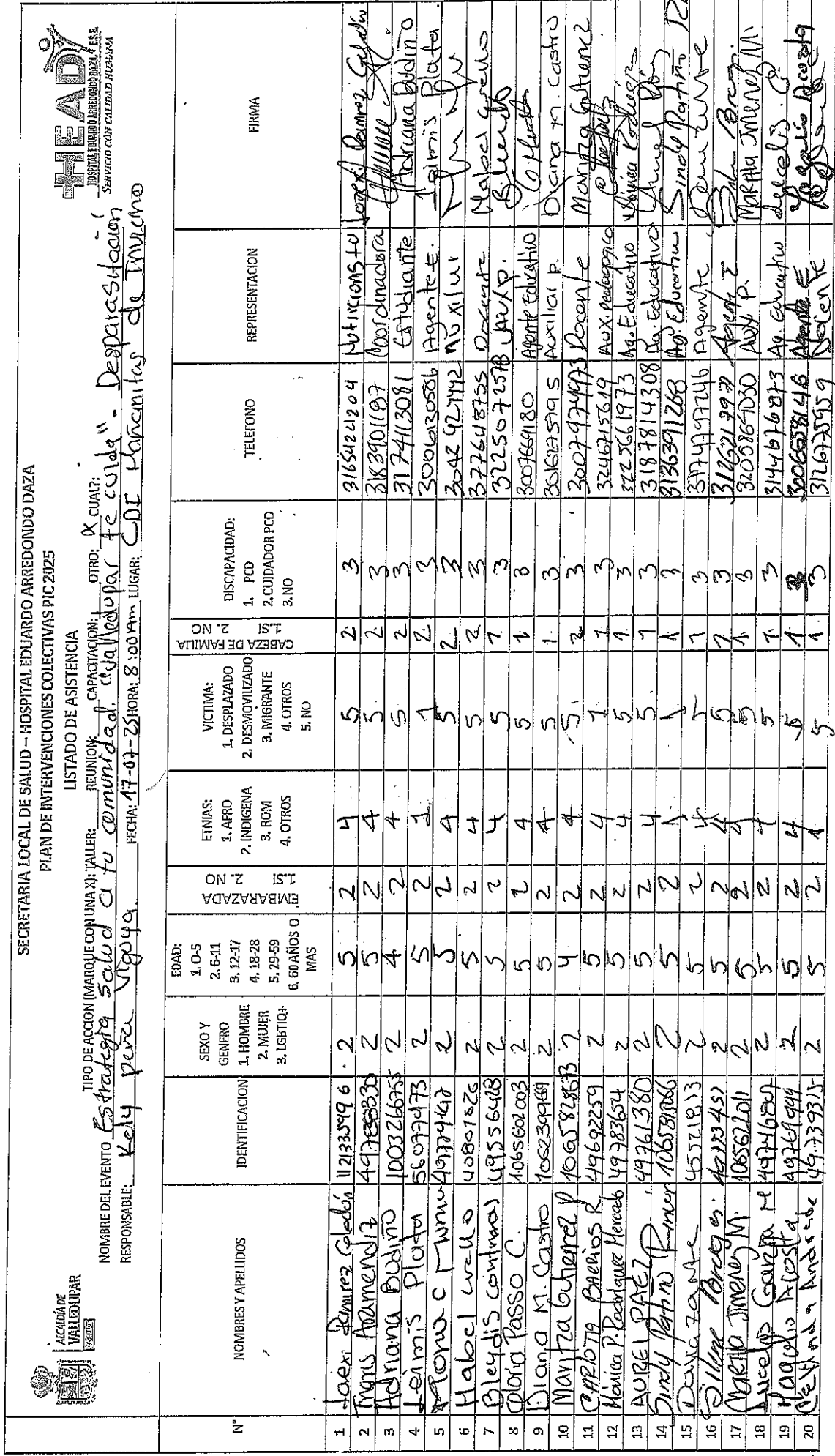
Desparasitación adultos



Desparasitación niños y niñas



VALIDADORES DEL ACTA	Responsable del diligenciamiento:	KELY DULFAY PEÑA VIGOYA 		
	Cargo /cedula	REFERENTE DEL AREA ENFERMEDADES EMERGENTES REMERGENTES Y DESATENDIDAS /1067711131		
	NOMBRE	CARGO/ENTIDAD	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
	LOREXI LORENA RAMÍREZ CELEDÓN	NUTRICIONISTA DIETISTA DEL CDI MAÑANITAS DE INVIERNO	4121335996	
ANEXOS	LISTA DE ASISTENCIA FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO CERTIFICADO			





**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

Departamento: Cesar Municipio: Valledupar Comunidad: Comuna 3
Escuela: CDI Manantitas de unuemo Medicamento: Albendazol: X Azitromicina: Azit+Alb Otro:
Lote: 96245 Fecha: 17/07/25 Ámbito: Escuela: Jornada: Casa a Casa:

SEXO	HOMBRES			MUJERES		
	< 4 años	5-14 años	>15 años	< 4 años	5-14 años	>15 años
Grupo de edad	0000000000 000000000					

Nota: es necesario diferenciar cuando la persona desparasitada es indígena o pertenece a otro grupo étnico. Si es indígena marque el círculo con una "X" y si no lo es rellene el círculo totalmente. En la fila TOTAL INDÍGENAS DESPARASITADOS POR GRUPO DE EDAD, totalice las personas indígenas desparasitadas por cada uno de los grupos de edad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL Autorizo, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ananna Molina identificada/o con CC 1065835758
madre (☒) padre () o apoderado () de Mana de los Angeles
identificada/o con N° 1137883124 participante de la unidad de atención
Manantías de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Autorizo como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ananna Molina

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 15/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rosa Isela Díaz Zabalata identificada/o con CC 1065605696
madre ☒ padre () o apoderado () de Isaac Alejandro Díaz
identificada/o con N° 1065689012 participante de la unidad de atención
Cdi manantitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Rosa Isela Díaz

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 15/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Camilo Andres Sanchez identificada/o con CC 1004122175
madre () padre ☒ o apoderado () de Salome Sanchez
identificada/o con N° 1300421304 participante de la unidad de atención
cdi mananitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Camilo Sanchez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 15/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Esth Davila Salazar identificada/o con CC 1066869347
madre (x) padre () o apoderado () de Sara Estrada Davila
identificada/o con N° 1066308941 participante de la unidad de atención
Moñanitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Esth Davila S
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yemis Pardo Marin Ahumada identificada/o con CC 1065591703
madre (☒ padre () o apoderado () de Ismael Andrie Perez
identificada/o con N° 1066897775 participante de la unidad de atención
Manchitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yemis Marin A.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-67-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Annys Yicelas Tolosa Lascarro identificada/o con CC 1065634981 madre (☒) padre () o apoderado () de Nicolas Torralbo Tolosa identificada/o con N° 1067642235 participante de la unidad de atención CAR Mañanitas de Mucuna; dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Annys Tolosa Lascarro

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Albania Baena Baena identificada/o con CC 1065839677

madre (☒) padre () o apoderado () de Heiner Catalan identificada/o con N° 1067642132 participante de la unidad de atención Maranitas de Invierno; dejo constancia de haber

recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Albania Baena

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ERIKA JERGINA identificada/o con CC 1063953145
madre (☒) padre () o apoderado () de NALLETH S. GUTIERREZ
identificada/o con N° 1066.305.590 participante de la unidad de atención
COF Manantitas de Moreno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

ERIKA JERGINA

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/23

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL Si, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Angie ROSA CASTRO identificada/o con CC 1003237091 madre (✓) padre () o apoderado () de MATEO DAVID VARGAS identificada/o con N° 1066899216 participante de la unidad de atención Si acerto la desparasitante; dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Angie CASTRO
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, Valledupar, 15/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE,
PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS: DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yulendis Rodríguez Oñate identificada/o con CC 1065631646
madre (X) padre () o apoderado () de Isleth Paola Bulonex P.
identificada/o con N° 1065676987. participante de la unidad de
atención CDE mananitas de invierno; de
constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y
posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como
tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal
de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yulendis Rodríguez Oñate

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Kelly Johanna Soto Zapata identificada/o con CC 1065800931
madre (☒ padre () o apoderado (x) de Alonnia Lopez Soto
identificada/o con N° 1067642084 participante de la unidad de atención
Marunitas del Inuerno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Kelly Soto.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-2025

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yerlis Estefani Vargas identificada/o con CC 1065641062
madre (☒) padre () o apoderado () de Heliett Johana Vargas
identificada/o con N° 1066891107 participante de la unidad de atención
CDE manantales de Moremo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yerlis Estefani Vargas
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16/07/2025.

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL Si, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Eliana Rojas Oliveros identificada/o con CC 1065602569
madre ☒ padre ☐ o apoderado ☐ de Moises David Geronzo
identificada/o con N° 1065602569 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Eliana Rojas

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ines Alejandra Mendoza identificada/o con CC 105706117
madre (☒ padre () o apoderado () de Wilmer Manuel Mendoza
identificada/o con N° 1062406909 participante de la unidad de atención
Manantitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ines Alejandra Mendoza

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dayana Beatriz Ayala identificada/o con CC 1003317125
madre (☒ padre () o apoderado () de Klara Rodríguez
identificada/o con N° 1063975806 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Dayana Ayala

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL SI 3 años en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Vianixa Arrieta identificada/o con CC 29607493
madre (x) padre () o apoderado () de JOVANNY GUTIERREZ
identificada/o con N° 1.065.679.402 participante de la unidad de atención
MAÑANITAS DE INUEANO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL SI 3 años como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Vianixa Arrieta

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, CEPANG 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL NIÑOS, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dalgis Alvarado T. identificada/o con CC 1085038032
madre (☒ padre (☐ o apoderado (☐ de Naiha Calderon A
identificada/o con N° 1066901644 participante de la unidad de atención
comunidad Marañitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL NIÑOS como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Dalgis Alvarado

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 4/6/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



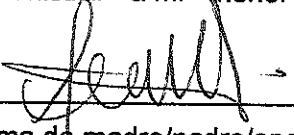
**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Rosa Amalia Hernández Bobor identificada/o con CC 1121213920 madre (X) padre () o apoderado () de MARIA A. PALOMO H. identificada/o con N° 1-066-900-843 participante de la unidad de atención MAÑANITAS D. INUIERN; dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.


Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Andrés Arevalo identificada/o con CC 1003236463
madre () padre (X) o apoderado () de ANDRÉS D - AREVALO
identificada/o con N° 1-065-678-690 participante de la unidad de atención
MAÑANITAS D - INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Andrés Arevalo.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Denís Díaz Acuña identificada/o con CC 1010054457.
madre (☒) padre () o apoderado () de LUCIANA S. AIDANA
identificada/o con N° 1-065.677.803 participante de la unidad de atención
MAÑANITA D. INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Denís Díaz A.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Madeleine Arango Vauca identificada/o con CC 1003381651
madre (☒) padre () o apoderado () de JAVIER ARANGO U.
identificada/o con N° 4-066.901-041 participante de la unidad de atención
MAÑANITAS D. INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Madeleine Arango U.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nancy Osando Martínez identificada/o con CC 49718073
madre () padre () o apoderado () de ANGELA SOBANDO
identificada/o con N° 1066961273 participante de la unidad de atención
MAÑANITAS DE INVIERNITO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nancy Osando M.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ana Bolano Alcarraz identificada/o con CC 106556879
madre (☒) padre () o apoderado () de JUAN S. MENDOZA
identificada/o con N° 1066308735 participante de la unidad de atención
MANANITAS D. INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ana Bolano

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesena 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada

CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karolin Salgado _____ identificada/o con CC 1067811466
madre (x) padre () o apoderado () de Aitana Aitamar
identificada/o con N° 10666308613 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno _____; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Karolin Salgado
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ligia Patricia Fuentes Pinillos identificada/o con CC 1067814229
madre ☒ padre () o apoderado () de Sabella Mahedea Fuentes
identificada/o con N° 1067643592 participante de la unidad de atención
MAÑANITAS D. INUIGANO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

LIGIA FUENTES
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yarelis Catano Vasquez identificada/o con CC 1003383253
madre (x) padre () o apoderado () de ABIGAIL AREVALO CATANO
identificada/o con N° 4-065-678-762 participante de la unidad de atención
matrinal de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yarelis Catano V.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Viviana Tudares identificada/o con CC 1269743
madre () padre () o apoderado () de Alex Garay
identificada/o con N° 1-137-882-34 participante de la unidad de atención
MANANITAS DE INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Viviana Tudares
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, CESAR 9/6/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
MUNICIPIO DE VALLEDUPAR



CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sara Mejía Rivera identificada/o con CC 7.065599514
madre (X) padre () o apoderado () de Andrés Santiago Camacho
identificada/o con N° 7.065.678.202 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sara Mejía Rivera

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yonnis Benito Domínguez identificada/o con CC 1093983230
madre ☒ padre () o apoderado () de Carla Isabelle Ayala Benito
identificada/o con N° 1066900122 participante de la unidad de atención
Hañanitas De Duero; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yonnis Benito Domínguez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karol Liceth Perez H. identificada/o con CC 1065577840
madre (X) padre () o apoderado () de Jon Santiago Pacheco
identificada/o con N° 1065678721 participante de la unidad de atención
Mañanitas De Truerno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Karol Perez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Michel Lopez Cardenas identificada/o con CC 1066371220
madre (x) padre () o apoderado () de SHIROA LUCIA DIAZ LOPEZ
identificada/o con N° 1066900648 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL SI como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Michel Lopez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 17/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maria Vitola Barrios identificada/o con CC 1069474024
madre (☒ padre () o apoderado () de Josider A. Ospino Vitola
identificada/o con N° 1065678369 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maria VB.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/7/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anana Jacome Gonzalez identificada/o con CC 1067892368
madre () padre () o apoderado () de Arianis Simonds J.
identificada/o con N° 1300 420 060 participante de la unidad de atención
CDI Hamantas De Truismo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL SI como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anana Jacome
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16/07/05

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo PAULO MEZA identificada/o con CC 77189773
madre () padre (✓) o apoderado () de Eilyn Paulina Meza
identificada/o con N° 1066900482 participante de la unidad de atención
CDI Hanonitas De Trujillo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

PAULO MEZA

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Samir Gorman Espina identificada/o con CC 77.187.854
madre () padre (☒) o apoderado () de Itzayanna Gorman
identificada/o con N° 1067643113 participante de la unidad de atención
CDI Hermanitas De Morena; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL SI como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Samir Gorman

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
ESTADO DE LA UNIÓN



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Leidy Guerrero identificada/o con CC 1007588877
madre (✓) padre () o apoderado () de Elían Pava
identificada/o con N° 1067643944 participante de la unidad de atención
CDI Huanitas De Moreno; de constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Leidy Guerrero

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL Si, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ana Rosa Gonzalez Certes identificada/o con CC 1193589853 madre (X) padre () o apoderado () de Juan Daniel Martinez Gonzalez identificada/o con N° 1066901757 participante de la unidad de atención CDI Morantini de Inverna; dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL Si como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ana Gonzalez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yolbert José Medina identificada/o con CC 1055840502
madre (X) padre () o apoderado () de Zorani Ribon Medina
identificada/o con N° 1057545082 participante de la unidad de atención
Humanitas de Nuieno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nuria Medina

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Oesur 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yenifer Ojocoo identificada/o con CC 1003379291
madre (x) padre () o apoderado () de Julian Salcedo
identificada/o con N° 1067643797 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yenifer Ojocoo

Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Geis MACHAÑO Jaramillo identificada/o con CC 1002430594
madre () padre () o apoderado (✓) de TAIRON MIGUEL CABRERA V
identificada/o con N° 1235342701 participante de la unidad de atención
CDI Manantitas de Moreno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Geis MACHAÑO Jaramillo

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo LACRA CARUJALINO BAYONA identificada/o con CC 1066845092,
madre (☒) padre () o apoderado () de ISAAC SERRANO CARUJALINO,
identificada/o con N° 1066898847 participante de la unidad de atención
MONITOS DE INVIERNO; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

LACRA C.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ana Lucia Torres Medina identificada/o con CC 1065832398
madre (x) padre () o apoderado () de Isabel Lucia Moreno
identificada/o con N° 1066899547 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Ana Lucia Torres
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Karol Daniela Harquet Garcia identificada/o con CC 1065603528
madre (☒ padre () o apoderado (☒ de Flavia Celeste Valencia Harquet
identificada/o con N° 1066900847 participante de la unidad de atención
Mamitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Karol Harquet

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Kevin Olmos identificada/o con CC 1065630314
madre (~~A~~ padre () o apoderado () de Ainara Sanguino
identificada/o con N° 1066900288 participante de la unidad de atención
CDI Mañanitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Kevin Olmos
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo DEIMARU VIVAS identificada/o con CC 28134569
madre (x) padre () o apoderado () de JENIFER GOMEZ VIVAS
identificada/o con N° 1.235.343.127 participante de la unidad de atención
Sdt Manantitas de Inverano; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

DEIMARU

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Julieth López Smezer identificada/o con CC 1065842146
madre (x) padre () o apoderado () de Yendryth Belero
identificada/o con N° 1.066.899.852 participante de la unidad de atención
Mananito de Interior; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Julieth López

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nicol Stefany Rodriguez identificada/o con CC 1065351764
madre (X) padre () o apoderado () de lam leandro perez
identificada/o con N° 1067643010 participante de la unidad de atención
mananitos de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nicol Rodriguez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yolbeth Taborda Alvarez identificada/o con CC 1118818-409.
madre (☒) padre () o apoderado () de Isaac Alvarez Taborda
identificada/o con N° 1121341268 participante de la unidad de atención
mananitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yolbeth Taborda A.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sindy conrado identificada/o con CO 106565583
madre (☒ padre () o apoderado () de adel conrado c
identificada/o con N° 1066921354 participante de la unidad de atención
Planonito de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL 61 como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sindy conrado

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/2015

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Johani's Vargas H. identificada/o con CC 1065843256
madre () padre () o apoderado () de Tatiana Arzuaga
identificada/o con N° 1066307137 participante de la unidad de atención
Tatánitus de Invierno; de constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Johani's V.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 1065843256 -
16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
EDUCACIÓN DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sandra Padilla Torres identificada/o con CC 106588151
madre (x) padre () o apoderado () de Niara S. Martinez Padilla
identificada/o con N° 1066901386 participante de la unidad de atención
CDI Mananitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sandra Padilla T

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar. 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yaeling Carrillo C. identificada/o con CC 1065615975,
madre (X) padre () o apoderado (X) de Maximiliano Caweno
identificada/o con N° 1065677997 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yaeling Carrillo C.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, César 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yaeling Carrillo Carrillo identificada/o con CC 1065615975,
madre (☒ padre ☐) o apoderado (☒) de Emiliano Carrero
identificada/o con N° 1065678006 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yaeling Carrillo C.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, César 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Naudis Martínez identificada/o con CC 1.065.647.844.
madre ☒ padre ☐ o apoderado ☐ de Valery Gonzalez Martinez
identificada/o con N° 1.067.642.534 participante de la unidad de atención
CDI Marañitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Naudis Martínez U.

Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Francisca Fragozo Bernal identificada/o con CC 1065613718
madre (X) padre () o apoderado () de Yendryh Frandiezka Fragozo
identificada/o con N° 1300426982 participante de la unidad de atención
Manantenes de Inupmo.; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Francisca Fragozo Bernal.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nathaly Adriana Rodriguez identificada/o con CC 27.349.089
madre (X) padre () o apoderado () de Diego Alejandro Rodriguez
identificada/o con N° 1137733808 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nathaly Rodriguez
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

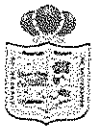
Yo Yarelis Cataño Vasquez identificada/o con CC 1003383283,
madre (X) padre () o apoderado () de Jairo Arevalo Cataño
identificada/o con N° 1235344363 participante de la unidad de atención
Mañanitos de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Yarelis Cataño V.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, cesar 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



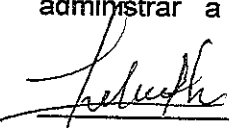
**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Julieth López Jimenez identificada/o con CC 1065842146
madre (x) padre () o apoderado () de Mia Isabella Beleno
identificada/o con N° 1066904848 participante de la unidad de atención
CDI Mananita de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.


Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Melinger Acosta identificada/o con CC 1065844134
madre (x) padre () o apoderado () de Madison Socarras
identificada/o con N° 1137733122 participante de la unidad de atención
CDI mananitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Melinger Acosta
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Brisel Quintero M. identificada/o con CC 106583680
madre ☒ padre () o apoderado () de Edymar Quintero M.
identificada/o con N° 1300422716 participante de la unidad de atención
Plantas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Brisel Quintero M.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 Julio 25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Albania Baena B. identificada/o con CC 1065839077
madre ☒ padre () o apoderado () de Shalem Catulan
identificada/o con N° 7066964570 participante de la unidad de atención
CDI Mananita de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Albania Baena B.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16 julio 23

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Stefanny Oslariz identificada/o con CC 1124073696
madre (X) padre () o apoderado () de Paula Jordano
identificada/o con N° 1175722315 participante de la unidad de atención
CDI Manantles de Interno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Stefanny Oslariz
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
PERIÓDICO DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Liene Isabel Guao Costa identificada/o con CC 39461438
madre (☒) padre () o apoderado () de Luis Santiago Molina Guao
identificada/o con N° 1067644892 participante de la unidad de atención
Mañana de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Liene I Guao Costa

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



10

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la *parasitosis intestinal* mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Tatiana de la Rosa identificada/o con CC 6343333
madre (x) padre () o apoderado () de Elianny Marin
identificada/o con N° 1300420182 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Tatiana de la Rosa

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Mirleidis Castro identificada/o con CC 1081908922
madre (X) padre () o apoderado () de Bryan David Castro
identificada/o con N° 1.065.683.439 participante de la unidad de atención
C.D.I. Mañanitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Mirleidis Castro

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Michelle Dauana Barrero identificada/o con CC 1067714904 madre (x) padre () o apoderado () de Ailet Sofia Barrero identificada/o con N° 1066308716 participante de la unidad de atención CDI Mananitas de Moreno; dejo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Dauana Barrero

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Natalia P. Mendoza Cruz identificada/o con CC 1065821703
madre (☒ padre () o apoderado () de thiago villa Mendoza
identificada/o con N° cc. 1067648855 participante de la unidad de atención
CDE Marantitas de Inuemo; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Natalia Mendoza Cruz
Firma de madre/padre/apoderada/o 1065821703
Valledupar, 16.07.25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



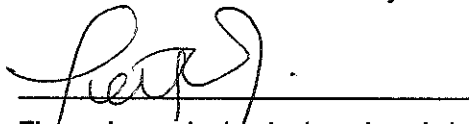
**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Frika Cárdenas Camacho identificada/o con CC 1067717557
madre (x) padre () o apoderado () de Eli Nahia Viloria P.
identificada/o con N° 1067645973 participante de la unidad de atención
Mañanita de invierno (CDI); dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.



Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo María del Pilar Bernal identificada/o con CC 49777 111 V
madre () padre () o apoderado (x) de Hassim De la Cruz Bernal
identificada/o con N° 1137883-323 participante de la unidad de atención
Hormones de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Nathaly Adriana Rodríguez identificada/o con CC 27 349 089
madre (x) padre () o apoderado () de Angel David Rodríguez
identificada/o con N° 1092027391 participante de la unidad de atención
Mañanitas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Nathaly Rodríguez
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Norgelis Parra identificada/o con CC 39.462.964
madre () padre () o apoderado (x) de Cristina Rodríguez
identificada/o con N° 1.235.342.402 participante de la unidad de atención
Mañanitos de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Norgelis Parra.

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada

**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Anyela Contreras M identificada/o con CC 10033209184
madre (☒) padre () o apoderado () de Maria C. Julia Contreras
identificada/o con N° 1069642563 participante de la unidad de atención
CDI Morancitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Anyela Contreras M.
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, Cesar, 16/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sackeline Jimenez M identificada/o con CC 49780733
madre () padre () o apoderado (x) de Ana Paola Guilloso A.
identificada/o con N° 1051681176 participante de la unidad de atención
Mañanitos de invierno CDI; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sackeline Jimenez M
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 17 julio 2025

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Genifer Orozco _____ identificada/o con CC 1003379191
madre () padre () o apoderado (x) de Jose angel Orozco
identificada/o con N° 1235342522 participante de la unidad de atención
mañanitas de invierno _____; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Genifer Orozco
Firma de madre/padre/apoderada/o
Valledupar, 17/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL SI, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo JORGE FRAGOZO MINOOLA identificada/o con CC 1065614309
madre () padre (x) o apoderado () de ANDRÉS JOSE FRAGOZO HERNÁNDEZ
identificada/o con N° 1067641898 participante de la unidad de atención
C.D. Mañanitas de Lalierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL SI como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

JORGE FRAGOZO

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, CEsar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Belitza J. Ferrer Silva identificada/o con CC 5129989
madre () padre () o apoderado () de Jair Jesus palmira F.
identificada/o con N° 7066304825 participante de la unidad de atención
CDI mañanita de invierno; de constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Belitza Ferrer
Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sindy Conrado identificada/o con CC 706565563,
madre (x) padre () o apoderado () de Maria Cecilia Conrado
identificada/o con N° 1066386514 participante de la unidad de atención
CDI Manantitas de Invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Sindy Conrado

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La *desparasitación* tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Maia Alejandra Abelaes identificada/o con CC 102448024
madre (☒) padre () o apoderado () de Thiago Monstre Abelaes
identificada/o con N° 1137881667 participante de la unidad de atención
CDI Mananitas de Muicmo; de constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Maia Abelaes

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Julieth Lopez Jimeno identificada/o con CC 1065842146
madre (x) padre () o apoderado () de Keyla D. Belero
identificada/o con N° 1066304675 participante de la unidad de atención
CDI Mueñitas de Envierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Julieth Lopez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, 17-07-25

NOTA: Devolver la hoja firmada



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OTORGADO POR LA MADRE, PADRE O
APODERADA/O TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA
GEOHELMINTIASIS:
DESPARASITACIÓN**

La parasitosis es una enfermedad causada, principalmente, por lombrices o gusanos que viven en el cuerpo de otro ser vivo, como el nuestro, haciéndonos daño. La desparasitación tiene la finalidad de disminuir la parasitosis intestinal mediante la administración vía oral de ALBENDAZOL _____, en las edades de 1 a 14 años. El tratamiento preventivo consta de una dosis, dos veces al año, con seis meses de diferencia entre cada uno.

Este medicamento es seguro, sin embargo, en casos muy excepcionales puede presentar dolor abdominal, diarrea, vómito, fiebre, erupción u otra molestia. En caso de presentar alguno de estos síntomas, es necesario acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.

AUTORIZACIÓN MEDIANTE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Adriana Carolina Suarez identificada/o con CC 1003235282
madre ☒ padre () o apoderado () de Briethany Victoria Suarez
identificada/o con N° 1235342475 participante de la unidad de atención
CDI manauilas de invierno; dejo constancia de haber
recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y posibles
reacciones a la administración del ALBENDAZOL _____ como tratamiento
preventivo para la desparasitación. Por lo tanto, AUTORIZO al Personal de Salud
administrar a mi menor hija/o dicho medicamento por voluntad propia.

Adriana Suarez

Firma de madre/padre/apoderada/o

Valledupar, Cesar 17/07/25

NOTA: Devolver la hoja firmada