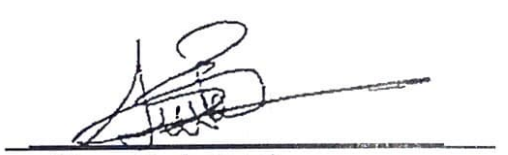
AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Mary Luz Vasquez Barrera identificado(a) con documento de identidad N° 1057758720 de Neiva Caldas., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.



Firma Profesional

Mary Luz Vasquez

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yamileth Gomez Taborda.
identificado(a) con documento de identidad N° 1086278722 de Cela Risaralda., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

x Yamileth Gomez T.
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Melisa Alvarez Alvarez identificado(a) con documento de identidad N° 1089601810 de Belalcázar Caldas; y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.



Firma Profesional

x Melisa Alvarez.

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Angie Lorena Rivera Agudelo identificado(a) con documento de identidad N° 1002 731 106 de Belalcázar Caldas., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

x Angie Rivera
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jepsabeth Bastidas Salas identificado(a) con documento de identidad N° 5031707 de Venezuela., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Yuliana García Ramírez
identificado(a) con documento de identidad N° 1057757451 de Belalcázar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Yuliana García Ramírez
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Mariana Rivera.
identificado(a) con documento de identidad N° 1056642128 de Belalcázar., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

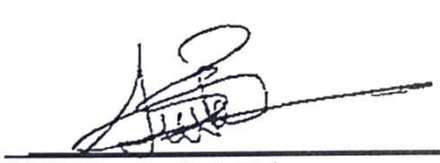
Firma Profesional

Mariana Rivera.
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Jennifer Andrea Henao Rios
identificado(a) con documento de identidad N° 1148441729 de Belalcazar., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.



Firma Profesional

Jennifer Rios

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Luzana Espinosa Briceño identificado(a) con documento de identidad N° 6128188 de Venezuela., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo María Fernanda Jimenez Duran identificado(a) con documento de identidad N° 7949530 de Venezuela, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en enfermería, de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de enfermera, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de enfermera dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Belalcázar, el día 06 del mes de septiembre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Ma Fernanda Jimenez
Firma Usuario