AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Giovanna Ayala Morales.
identificado(a) con documento de identidad N° 1002856478 de Risaralda, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Yuranny Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologa Ejecutora PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologia dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 22 del mes de Octubre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Yuranny Gonzalez
Firma Profesional

Giovanna Ayala
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Juan Carlos Dosario Ayala identificado(a) con documento de identidad N° 1002943115 de San José, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicología, Angie Francy Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Bodega Ejecutora PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 22 del mes de Octubre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Francy Gonzalez
Firma Profesional

Juan
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Dalia Ayala Morales identificado(a) con documento de identidad N° 1061373316 de Risaralda, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Francini Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologo Gestor PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologo dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 12 del mes de Octubre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Francini Gonzalez
Firma Profesional

Dalia Andrea
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Lina Olancy Namundia identificado(a) con documento de identidad N° 1002802301 de Risaralda, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Francini Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologo Ejecutor PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologia dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 21 del mes de Octubre. del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Francini Gonzalez
Firma Profesional

Lina olancy namundia
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Anyela Lucia Ramos identificado(a) con documento de identidad N° 1002944173 de V. Tesbo., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Francini Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologo Ejecutor, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologa dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el dia 22 del mes de Octubre. del año 2023. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Francini Gonzalez
Firma Profesional

Anyela Lucia R.A
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Hernan Arrubla. identificado(a) con documento de identidad N° 1002481143. de San Jose, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Tatiana Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologa Ejecutora PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologa, dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 22 del mes de Octubre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Tatiana Gonzalez
Firma Profesional

Hernan Arrubla
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Tatiana Ayala Namunda identificado(a) con documento de identidad N° 1058913831 de San Jose., y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Francy Gonzalez de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologa Ejecutora AC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologa dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el dia 22 del mes de Octubre. del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Francy Gonzalez
Firma Profesional

Tatiana Ayala Namunda
Firma Usuario

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda. 22-10-2025.

Yo, María Esneda Morales Mejía identificado con CC 30412804 en calidad de representante legal del menor Matías Arcila Morales identificado con RC/TI 1060010782 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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

Suscribe:

Firma María Esneda M
Cédula 30412804
Teléfono de contacto 3148819565

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda 22-10-2024

Yo, María Nubia Ávila Ramos identificado con CC 25247340 en calidad de representante legal del menor Sara Lucia Londoño Ayala identificado con RC/TI 1600105 90 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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

Suscribe:

Firma María Nubia
Cédula 25247340
Teléfono de contacto 3148219418

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo Ingrid Soley Avila Ramos identificado(a) con documento de identidad N° 1059785126 de Viterbo, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Profesional en Psicologia, Angie Fiamay Gonda de la ESE Hospital Departamental San Rafael de Risaralda, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con el rol de Psicologa Ejecutora PIC, sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de Psicologa dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Risaralda, el día 22 del mes de Octubre del año 2025. Para constancia se firma la conformidad.

Angie Fiamay Gonda.
Firma Profesional

Ingrid Avila Ramos
Firma Usuario

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda 22-10-2025.

Yo, María flor Dreegamid Niaza identificado con CC 1116725949 en calidad de representante legal del menor Kevin Danila Vaguiard Dreegamia identificado con RC/TI 1116726154 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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

Suscribe:

Firma María Flor
Cédula 1116725949
Teléfono de contacto 3126914612

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda 22-10-2024.

Yo, Yesica Lorena Velasquez Ayala identificado con CC 1061371740 en calidad de representante legal del menor Jean Paol Tiago Velasquez identificado con RC/TI 1058913352 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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

Suscribe:

Firma Yesica Lorena Velasq
Cédula 1061371740
Teléfono de contacto 3206515604

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

MUNICIPIO Y FECHA: Risaralda, 22-10-2025.

Yo, Maria Cenelia Velasquez identificado con CC 25081563 en calidad de representante legal del menor Michel Baguala Velasquez identificado con RC/TI 1060010640 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el año 2025 por el Hospital Departamental San Rafael de Risaralda ESE

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

Suscribe:

Firma Cenelia Velazquez
Cédula 25081563
Teléfono de contacto 3113834334.