- Mantener la confidencialidad de la información suministrada.
- Retirar este consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte su atención.
- Ser atendido con respeto, dignidad y sin discriminación.

CONSENTIMIENTO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO

Autorizo de manera libre y voluntaria al personal de enfermería para realizar registros fotográficos o georreferenciados, con el único fin de documentar la ejecución de actividades, evidenciar su cumplimiento técnico y facilitar la trazabilidad institucional, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre protección de datos personales. Estas imágenes no serán divulgadas ni utilizadas con otros fines diferentes a los institucionales.

☒ SÍ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

DECLARACIÓN DEL USUARIO O REPRESENTANTE LEGAL

Declaro que he recibido información clara y suficiente sobre el propósito y alcance de la atención en salud, comprendo su contenido y otorgo mi consentimiento libre, informado y voluntario para recibir las intervenciones, valoraciones y seguimientos por parte del profesional de enfermería en el marco de la Estrategia APS y las RIAS.

FIRMAS

Nombre completo	Firma	Documento de identidad	Parentesco / Rol
Usuario o Representante Legal	Jenish	512617	
Nombre completo			
Profesional de Enfermería	Natalia Vega	1075674901	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-0XX
		Versión: 01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	Fecha de Aprobación:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del usuario: Sonith del carmen Jimenez Tipo y número de documento: AV 312617 .

Edad: 28 Sexo: Femenino Teléfono de contacto: 3105216017 .

Dirección / Vereda / Municipio: Namocon

Nombre del profesional de enfermería: Natalia Vega

Tipo de atención: ☒ Domiciliaria (entorno hogar) ☐ Comunitaria ☐ Seguimiento Fecha: 07 / 12 / 25

FUNDAMENTO JURÍDICO Y ÉTICO

La presente atención se realiza en el marco de cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018, que reglamenta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la Ley 911 de 2004 sobre el ejercicio ético y responsabilidad profesional de enfermería, la Ley 23 de 1981 sobre ética médica y el Decreto 780 de 2016 que establece disposiciones para la gestión integral del riesgo en salud. El consentimiento informado garantiza el respeto por la autonomía, la dignidad, la privacidad y los derechos del usuario en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

FINALIDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al profesional de enfermería para realizar la valoración, intervención y seguimiento individual, familiar o comunitario en mi hogar o entorno, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS, RIAMP, RIAPMS). Entiendo que dichas acciones tienen como propósito promover la salud, prevenir enfermedades, gestionar riesgos, canalizar servicios cuando sea necesario y fortalecer el bienestar integral de mi familia y comunidad.

ACTIVIDADES QUE PUEDEN DESARROLLARSE

- Valoraciones clínicas, familiares y psicosociales.
- Medición de signos vitales y antropometría.
- Revisión de antecedentes personales y familiares.
- Actividades educativas, de orientación o consejería.
- Detección temprana de riesgos y canalización a otros servicios.
- Aplicación de instrumentos de seguimiento y registro.
- Evaluación y actualización del plan integral de cuidado familiar e individual.

DERECHOS DEL USUARIO

- Recibir información clara, completa y comprensible sobre la atención.
- Aceptar o rechazar libremente la intervención.

Scanned with CamScanner