Gobierno de ANSERMA Salud	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión para la Prestación de Servicios de Salud Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Consentimiento Informado para Participación de Estrategia PIC- Modalidad Presencial Menores de Edad**	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN ESTRATEGIAS PIC – MODALIDAD PRESENCIAL MENORES DE EDAD

MUNICIPIO Y FECHA: 17/02/2026

YO, Deisy Jimenez identificado con CC 1059923342 en calidad de representante legal del menor Sebastian Marin Jimenez identificado con TI _____ en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas de las siguientes dimensiones desarrolladas por la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ANSERMA CALDAS:

Salud Ambiental		Vida saludable y enfermedades transmisibles	
Convivencia social y salud mental	X	Vida saludable y condiciones no transmisibles	
Seguridad alimentaria y nutricional		Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	
Salud y ámbito laboral		Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	
Salud Infantil			

Autorizo la participación de mi hijo(a) en los espacios de encuentro que tienen como objetivo brindar información clara, precisa y oportuna sobre temas relacionados con su bienestar integral y su salud. Estos espacios estarán diseñados para promover hábitos saludables, fortalecer conocimientos, y fomentar un desarrollo adecuado en beneficio del menor.

Por ello, me comprometo a reportar de manera inmediata cualquier síntoma presente en el menor o en su entorno cercano que pueda implicar un riesgo para su salud o la de los profesionales de salud y otros participantes. Entre estos síntomas se incluyen, pero no se limitan a: tos con o sin secreciones, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso inexplicable o dificultad respiratoria.

Entiendo que esta información es necesaria para garantizar la seguridad, el bienestar del menor, de los profesionales involucrados, y de las demás personas que participen en los encuentros.

Firma _____
Cédula 1059923342
Teléfono de contacto 3146654749

Powered by CamScanner