	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2025 Nombre completo: Carlos Botabaz Covalek Ruiz Edad: 33
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 102453531

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Casa Apt 301 Torre C de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

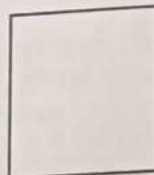
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Moreno me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y yo Carlos Botabaz Covalek Ruiz, identificado con tipo de documento _____ número 102453531, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) El mismo una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Carlos Colodipo
Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Germán Moreno
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)
802506


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-09-2025 Nombre completo: Luz Elida Rosa Portu Edad: 43
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 52857441

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germi Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en kg/600 t. 2 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

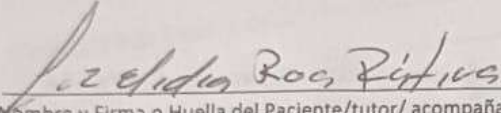
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

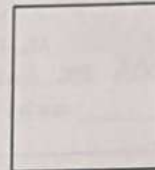
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

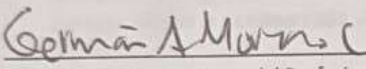
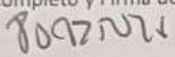
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germi Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Luz Elida Rosa Portu, identificado con tipo de documento CC número 52857441, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) la paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

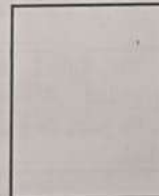



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)



DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2025 Nombre completo: Bladimir Alexander Hernandez Castellanos Edad: 36
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: CC: 7 CE: Numero de documento: 1010117886

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Muñoz me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Ref. 607 T. 2 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Muñoz me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Bladimir Alexander Hernandez Castellanos identificado con tipo de documento CC número 1010117886, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) El mismo una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO
		VERSIÓN
		VIGENCIA
		EBS-FTO-07 00 12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Bladimir Hernandez
Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

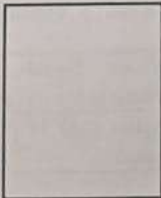


Carmen Morales
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2025 Nombre completo: Laura Vanessa Hernández Moreno Edad: 10
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: 7 CC: CC: 1015553653 CE: CE: 1015553653 Numero de documento: 1015553653

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Concepción Mendieta me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Me 1606 T. 7 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Concepción Mendieta me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Blasimir Alexander Hernández, identificado con tipo de documento CC número 1010114886, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Padre una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Bladimir Hernandez
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Germán Morúa
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)
 8042507


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____, en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2017 Nombre completo: Ismael Jose Castillo Castillo Edad: 41
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: _____ CE: _____ Numero de documento: PPT 508894r

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Concepción Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T5 de 1-407 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.


4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

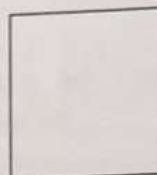
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

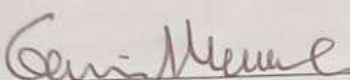
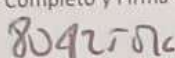
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Concepción Alvarado me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Ismael Jose Castillo Castillo identificado con tipo de documento PPT número 508894r, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) El mismo una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EB5-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

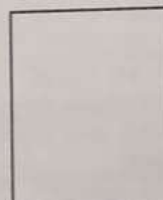



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)



DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 27-04-2025 Nombre completo: Jessy Elías Castillo Castillo Edad: _____
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 897660777

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Bernita Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Sal 403 TS de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

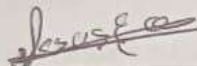
4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

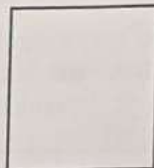
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Bernita Alvarado me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jessy Elías Castillo Castillo, identificado con tipo de documento CC número 660777, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) paciente una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

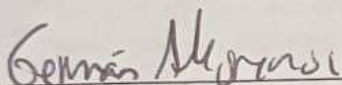
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO
		EBS-FTO-07
		VERSIÓN
		00
	VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.



Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)





Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2028 Nombre completo: Nicole Stephanny Gutierrez Edad: 28
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: X CE: CE Numero de documento: 1007287881

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Gema Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en 13 de Apr 12 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

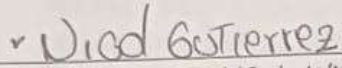
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

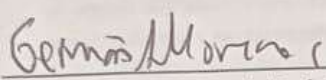
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Nicole Stephanny Gutierrez identificado con tipo de documento CC número 1007287881, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)




 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 22-04-2025 Nombre completo: Conrado de Jesús Gómez Buitrago Edad: 62
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 32373931

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T-1 Agt 302 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

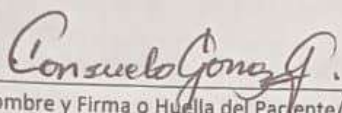
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

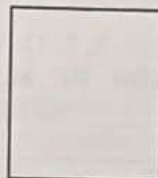
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

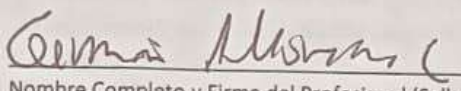
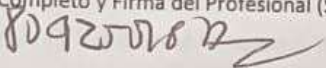
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Conrado de Jesús Gómez Buitrago identificado con tipo de documento CC número 32373931, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Elc Morán una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

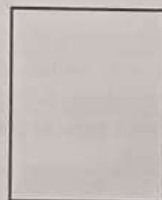



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)



DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2025 Nombre completo: Beatriz Morales Ruiz Edad: 72
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 41758072

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morales me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Ap/452 T.B de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.

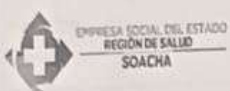
BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morales me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Beatriz Morales Ruiz, identificado con tipo de documento CC número 41758072, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) El M: me una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Mo sabe firmar
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Germán A. Morcho
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2021 Nombre completo: Eloy El Gamca Priek Forero Edad: 55
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 39618573

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en 14/02/2021 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Alvarado me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Eloy El Gamca Priek Forero identificado con tipo de documento CC número 39618573, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) paciente una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Elcy del carmen Prieto
Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)


German Morán
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2025 Nombre completo: Daniela Ricardo Rodríguez Gil Edad: 30
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1073699300

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Gemma Montiel me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Del 601 T. 7 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gemma Montiel me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Ana Belén Saldarriaga, identificado con tipo de documento CC número 2069571, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Abuela una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Enajberto

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

Germán Moreno

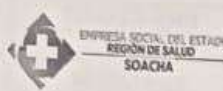
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2025 Nombre completo: Faundo Bernal Castro Edad: 75
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 3143095

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T. 16 de Apr 104 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Moreno me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Faundo Bernal Castro identificado con tipo de documento número 3143095 en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) ef m m m una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Flacundo Borno
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)


Germán Morano
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2015 Nombre completo: Edinson Beltrán Morán Edad: 43
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 11805507

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Ap 702 T. 16 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

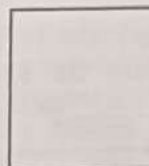
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

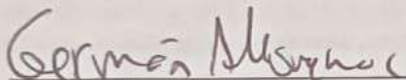
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Edinson Beltrán Morán, identificado con tipo de documento cc número 11805507, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

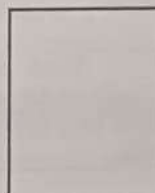



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 23-04-2025 Nombre completo: Blanca Luz May Vega Morano Edad: 42
Municipio: Baños Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 57306075

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morano, me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T-16 del 2024 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

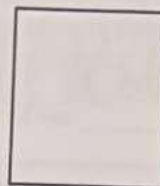
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morano, me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Blanca Luz May Vega Morano identificado con tipo de documento U número 57306075 en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) ella misma una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Blanca Luz Mery Vega
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del indice derecho)

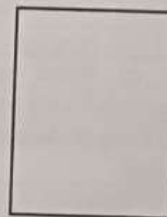


Carmen Morán
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del indice derecho)



 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-09-2025 Nombre completo: María Fernanda Bernal Bernal Edad: 78
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 1007232675

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Dorina Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T 16 de 401 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

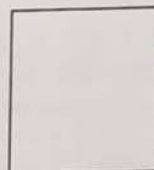
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Dorina Moreno me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo María Fernanda Bernal Bernal, identificado con tipo de documento C número 1007232675, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) ella misma una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Maria Barrios Barros

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



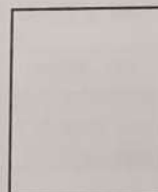
Germi Mena

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-04-2024 Nombre completo: Tyler Javier Mora Bahr Edad: 7
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: 2 CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 1043189951

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Mora me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Me/ Del TLB de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.

BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Mora me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Plante Fina de Bahr identificado con tipo de documento CC número 1002132675, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Mora una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

María Barros Barros

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



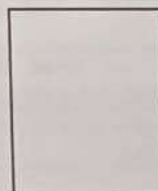
Germa Moron

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25.05.2020 Nombre completo: Steven Barrios Edad: 30
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1100307533

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TA del 202 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

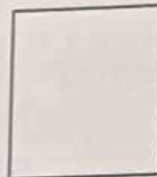
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Steven Barrios, identificado con tipo de documento A número 1100307533, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) El Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EB5-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soucha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Esthansu Barreto
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

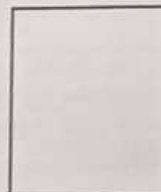


Germán Moreno C
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISSENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 23-07-2024 Nombre completo: Lidia Ruth Ortiz Pino Edad: 58
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 34515335

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Gemma Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Ap 601 32 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

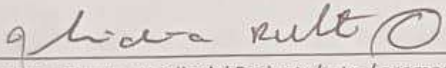
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

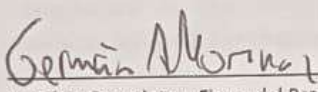
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gemma Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Lidia Ruth Ortiz Pino, identificado con tipo de documento CC número 34515335, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

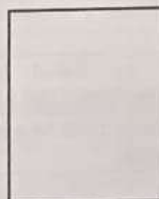



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 25-06-2025 Nombre completo: José Abelardo Roberto Saavedra Edad: 47
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 79801747

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TIO del lolo de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

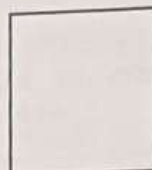
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo José Abelardo Roberto Saavedra, identificado con tipo de documento CC número 79801747, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

José Abelardo Roberto Saavedra
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

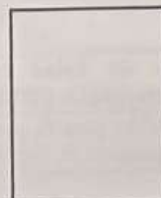


Carmín Morán
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28/07/2024 Nombre completo: Pablo Emilio Franches Gomez Edad: 89
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 1673142

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Gema MORALES me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T16 Apt 301 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

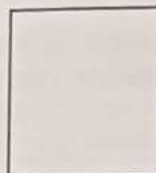
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema MORALES me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Pablo Emilio Franches Gomez, identificado con tipo de documento A número 1673142, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

P. C. B. I. O. E.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



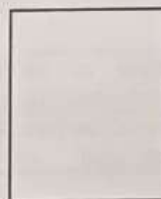
Germaín Moreno

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-04-2024 Nombre completo: Dora María Lotano Vega Edad: 73
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: CC TI: CC CC: 6 CE: 6 Numero de documento: 35374984

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, por intermedio del profesional de la salud Gema Mena me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T 16 L 1301 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindará educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

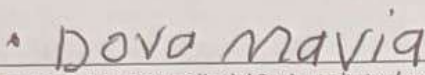
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

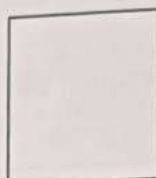
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

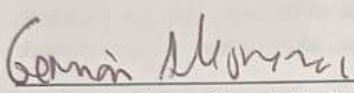
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Mena me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Dora María Lotano Vega, identificado con tipo de documento CC número 35374984, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

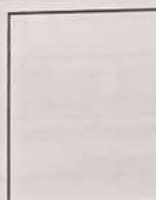



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-04-2025 Nombre completo: Tory Natalia Diaz Bedez Edad: 21
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: Y CE: _____ Numero de documento: 1056300142

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T16 4/54 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Tory Natalia Diaz Bedez, identificado con tipo de documento CC número 1056300142, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Yvett Natalia Diaz Bedoya
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Germán Mora
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-07-2023 Nombre completo: Juanma Aguirre Diaz Edad: 74
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: X TI: CC CE: CC Numero de documento: 107483477

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morales me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T16 461504 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.

BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.


3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

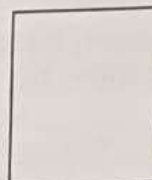
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morales me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jury Natalia Diaz Bedoya, identificado con tipo de documento CC número 1056300142, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Madre una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
--	---------------------------------	--

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Yuri Natalia Diaz Bedoya
Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

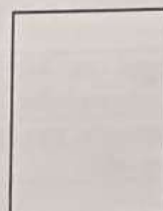


German Marmol
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

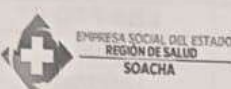
DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-04-2025 Nombre completo: Pablo Cesar Quintan Tapia Edad: 49
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: x CE: _____ Numero de documento: 79851130

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud German Moron me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TA APT 107 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

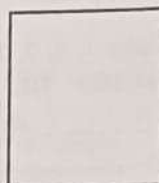
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German Moron me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Pablo Cesar Quintan Tapia, identificado con tipo de documento CC número 79851130, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Pablo C Quintero Tapa

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



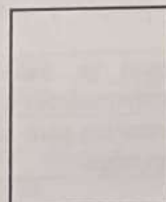
German Moreno

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-04-2017 Nombre completo: Teran Eneida Hernandez Fernandez Edad: 66
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 41696818

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud German M. M. M. me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en +13 Aet 301 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.

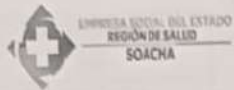
BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

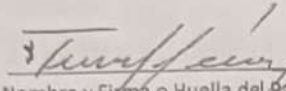
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

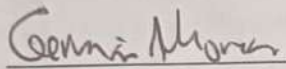
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German M. M. M. me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Teran Eneida Hernandez Fernandez identificado con tipo de documento CC número 41696818 en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

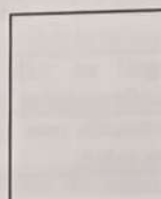



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 28-04-2025 Nombre completo: Maryam Rodriguez Edad: 66
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 4 CE: _____ Numero de documento: 28646792

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Monzón me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TB 2º/602 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

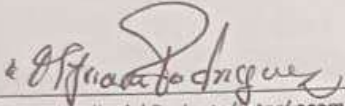
4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

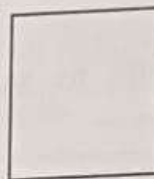
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

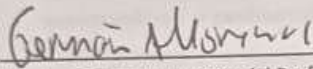
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Monzón me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Maryam Rodriguez, identificado con tipo de documento A número 28646792, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

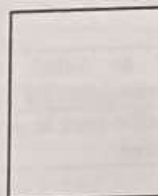



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 30-04-2024 Nombre completo: Angel Smith Cardozo Edad: 4
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: P TI: CC CE: CE Numero de documento: 1242640600

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Gema Blum me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en 10 de April de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las Alternativas a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Blum me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Shari Anuly (srb) identificado con tipo de documento 11 número 10370835, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) una vez comprendidos dichos riesgos, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Charold Cardozo
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

Germi Mena
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 2025-08-30 Nombre completo: Nelly Cardozo Lirio Edad: 87
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 4 CE: _____ Numero de documento: 70316388

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Belem Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TW 21104 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

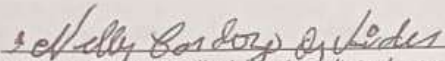
4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

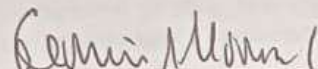
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Maza me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Nelly Cardozo Lirio, identificado con tipo de documento CC número 70316388, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.


 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

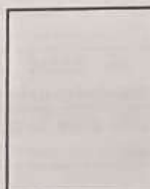



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 30/07/2024 Nombre completo: Jharel Anibal Caldon Edad: 26
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 80 CE: _____ Numero de documento: 1023711835

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud German Linares me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TIO de 10 a 11:00 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German Linares me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Jharel Anibal Caldon, identificado con tipo de documento CC número 1023711835, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Charold Cardozo
Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)

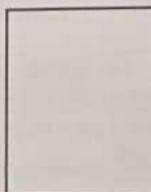


Germa Mone
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 2023-04-30 Nombre completo: Henne Graciela Cardo Edad: 5
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: ✓ TI: CC CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 1242689488

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Maza me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TIO del TIO de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Maza me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Shariel Anuly Cardo, identificado con tipo de documento CC número 107370805, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Mam una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Charold Cardozo

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



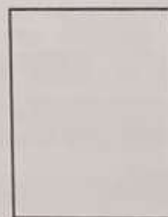
Geovani Alvarado

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 30-04-2025 Nombre completo: Villar Julio Enrique Gontak Edad: 71
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 19116940

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Muriel me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T9 Sept 103 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.

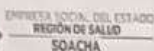
BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Muriel me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Villar Julio Enrique Gontak identificado con tipo de documento la número 19116940, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del



PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios

EBS-FTO-07

00

12/07/2024

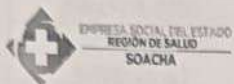
"Victor Pinco"

Carrie Munn

DISSENTIMIENTO

Abstract

Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 32-04-2017 Nombre completo: Jorge Eliu Lineros Rodríguez Edad: 48
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: x CE: _____ Numero de documento: 79873601

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germi Monari me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en 7312601 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

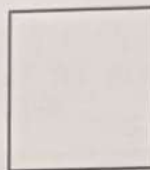
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germi Monari me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jorge Eliu Lineros Rodríguez identificado con tipo de documento CC número 79873601, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Jorge Eliécer Linares Rodríguez

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



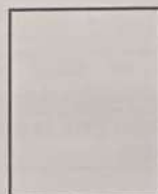
Germán Amador

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 30-04-2025 Nombre completo: Hernando J. Jarama Edad: 73
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: 8 CE: 73 Numero de documento: 6137226

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Germán Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T2 Def 109 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Hernando J. Jarama identificado con tipo de documento CC número 6137226, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



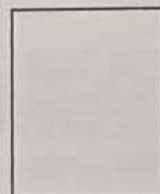
Germán Almoraz C

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 30-04-2025 Nombre completo: Virgelina Tabares Ortiz Edad: 80
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 38891007

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud Sonia Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en 72 del 104 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

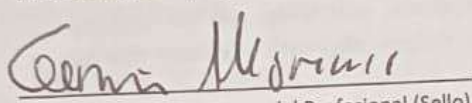
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Sonia Moreno me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Virgelina Tabares Ortiz, identificado con tipo de documento A número 38891007, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)




Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 2025-04-30 Nombre completo: Jorge Tique Romero Edad: 22
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 5983901

1. Que en aplicación de los artículos 1, 2, 7, 11, 16, 18, 20 y 49 de la Constitución Política Nacional, La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, por intermedio del profesional de la salud German Murillo me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Tom 1 Ay + 101 de manera completa y detallada, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y mi derecho a rechazarla o revocarla, así como los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistenciales.

2. Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas.


BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para la atención y valoración.
Permite la toma de los signos vitales, el peso y la talla del paciente, así como la valoración.	No aplica.
Permite retroalimentación y aclaración de dudas, favoreciendo la adherencia al tratamiento o al plan de manejo.	Puede no entender las explicaciones y recomendaciones del profesional de la salud, dado el lenguaje técnico que se emplee.
Mejora la oportunidad, accesibilidad y continuidad de las atenciones en salud.	No Aplica.
Realiza una Atención Integral en Salud con enfoque diferencial y de acuerdo a las enfermedades del paciente.	No Aplica.
Se brindara educación e información para la prevención del riesgo durante las atenciones en salud.	Presentar síntomas de infecciones y/o lesiones sin protección.

3. Las **Alternativas** a considerar son demanda inducida, direccionamiento a IPS de atención primaria y servicio de urgencias.

4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, usted puede preguntar al personal de salud las veces que considere necesarias.

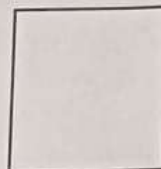
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German Murillo me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jorge Tique Romero, identificado con tipo de documento A número 5983901, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente una vez comprendidos dichos riesgos, **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE** y sin presión alguna, por parte del profesional tratante, los riesgos que se pueden presentar durante la atención y los acepto. En mi condición de paciente y/o responsable de él, en pleno uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento La Empresa Social del

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Estado Región de salud Soacha, para que, por intermedio del personal, en ejercicio legal de su profesión se me practique las atenciones señaladas. Si en el curso de la atención llegare a presentar una situación inadvertida o imprevista que requerirá procedimientos adicionales, los cuales autorizo de antemano y dejo al criterio del equipo de salud a mi cargo.

[Firma manuscrita]

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



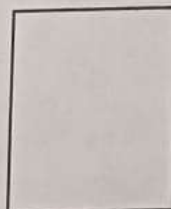
Germán Moreno C

Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo _____, identificado con tipo de documento _____ número _____, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) _____ en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de _____, NO AUTORIZO la realización del procedimiento. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad. El usuario podrá hacer uso de su Derecho a RECHAZAR o REVOCAR el procedimiento propuesto asumiendo las posibles consecuencias de la determinación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que he expresado mi consentimiento en forma libre y consciente.

Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



Nombre completo y Firma del profesional (Sello)