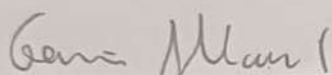
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

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)

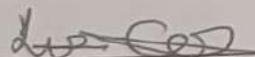




Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

DISENTIMIENTO

Yo Luz Constante Rodríguez Galindo identificado con tipo de documento C número 35346055 en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Paciente en pleno uso de mis facultades mentales, como paciente y/o responsable de Paciente, 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.

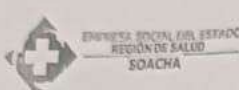


Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/acompañante o responsable
(Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)





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: 09-05-2025 Nombre completo: Luz Constanza Rodríguez Galán Edad: 35
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 35376052

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 Soacha 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.

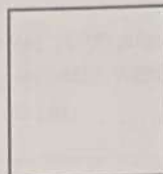
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 Luz Constanza Rodríguez Galán, identificado con tipo de documento C número 35376052, en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Germán 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.

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

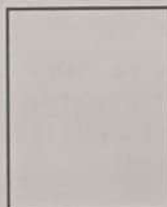


Genia Mena
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 9-05-2015 Nombre completo: Lian Smith Jalcab Clays Edad: 3
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: 7 TI: CC CC: 101474862 CE: 00 Numero de documento: 101474862

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 Almona me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en B. Jalcab 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 Almona 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 Teniz Pimen, identificado con tipo de documento CC número 1012331361, 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

Fecha: 09-05-2018 Nombre completo: Jorge Gabriel Prada Pizarro Edad: 12
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: 7 TI: 7 CC: 7 CE: 7 Numero de documento: 1146179970

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 Almaraz me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Soacha 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.

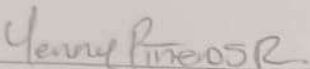
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

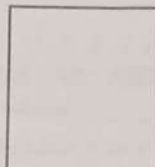
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial,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

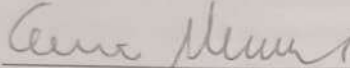
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Almaraz me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo y Yo Jorge Pizarro, identificado con tipo de documento 7 número 1011336361, 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.


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

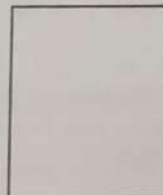



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

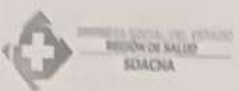
DISENTIMIENTO

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: 09/05/2025 Nombre completo: Zambrano Proa Pineda Edad: 8
 Municipio: San Tipo de Identificación RC: _____ TI: 7 CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 1146137917

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 B-1-11 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.

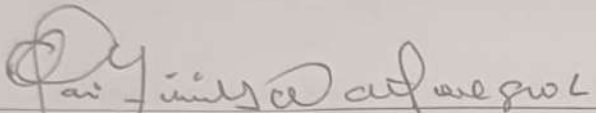
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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 Proa Pineda, identificado con tipo de documento 4 número 10123631, 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: 09-05-2015 Nombre completo: Marcos Trinidad Montenegro Leal Edad: 62
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 35379824

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 Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Enfermería 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 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 Marcos Trinidad Montenegro Leal, identificado con tipo de documento C número 35379824, 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.

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

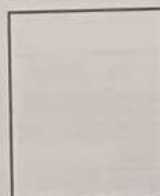


Geri A. Nery
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 09-07-2024 Nombre completo: Marylen Vargas Ruiz Edad: 29
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 1007334064

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 Muriel me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Burgos Salud 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.

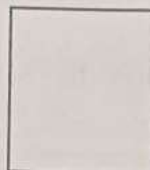
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 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 Marylen Vargas Ruiz, identificado con tipo de documento 11 número 1007334064, 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.

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

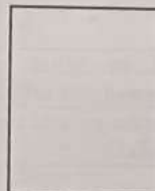


Geina M. M...
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 09-05-2024 Nombre completo: Julia Camilo Romero Vargas Edad: 7
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: 7 TI: CC CC: CC CE: CE Numero de documento: 1746948157

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 Genia Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Brigada 1 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.

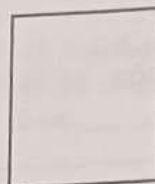
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 Genia 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 Martha Vargas identificado con tipo de documento CC número 1746948157, 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

 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.

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



Gema M...
 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: 09-07-2023 Nombre completo: Edward Domínguez Torres Edad: 17
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: 7 CE: 7 Numero de documento: 1070816589

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 García Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Bogotá D.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.

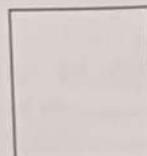
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 García 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 Maryel Vargal Rm, identificado con tipo de documento 106733461, 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	
	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.

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



[Firma]
 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: 09-05-2020 Nombre completo: Maryly Varga Rm Edad: 22
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1007339001

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 Carmelita Almona me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en B. Soacha 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.

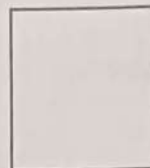
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 Carmelita Almona 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 Maryly Varga Rm, identificado con tipo de documento Ci número 1007339001, 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.

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



Gina Munoz
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: 05-05-2024 Nombre completo: Juan Esteban Torres Vargués Edad: 8
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: X CC: CC: CE: CE: Numero de documento: 1074817465

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 Soacha 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: Mezcla de virus Bv12 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 Mezcla de virus Bv12 identificado con tipo de documento CC número 1607334001, 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

 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.

Tatiana Horcía

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

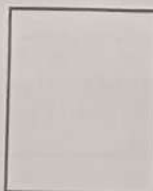


Gema Mena

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: 09-05-2025 Nombre completo: Jesús Mota Mora Edad: 10
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: 7 CC: CE: Numero de documento: 107453173d

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 Carmen Mota me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en B. J. A. L. 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 Carmen Mota 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 Alfonso Mota Mora identificado con tipo de documento 4 número 107454761 en calidad de (paciente, padre, madre, acompañante o responsable) Mota 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.

Tatiana Murcia

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



Genaro I. Mune

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: 09-05-2025 Nombre completo: Laura Viteri Ux Nua Edad: 15
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: 7 CC: CE: Numero de documento: 1074814597

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 Enzo Pineda me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en B. Socha 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.

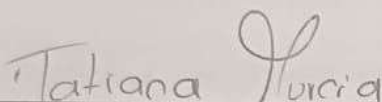
4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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.

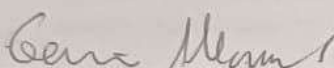
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Enzo Pineda me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Allet Takan Mura Alvar identificado con tipo de documento U número 1074547792 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.

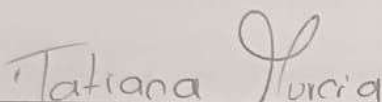
 Nombre y Firma o Huella del Paciente/tutor/ acompañante o responsable
 (Si no sabe firmar por favor coloque la huella del índice derecho)



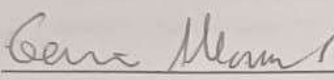
 Nombre completo y Firma del profesional (Sello)

 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

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: 09-05-2025 Nombre completo: Allet L Tatan Mera Alan Edad: 31
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 107959779

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 Geny Almar me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en B. L. L. 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.

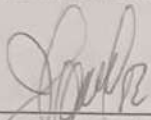
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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 Geny Almar 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 Allet L Tatan Mera Alan, identificado con tipo de documento CC número 107959779 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

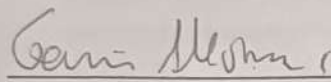
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

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: 9-07-2024 Nombre completo: Jorge Enrique Cárdenas Ramírez Edad: 71
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 19112635

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 Medina me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Brigada 2 Sur 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 Medina 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 Enrique Cárdenas Ramírez, identificado con tipo de documento u número 19112635, 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.

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



Germi Almona
 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: 09-05-2020 Nombre completo: Yuly Fabiola Rodríguez García Edad: 76
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 5 CE: _____ Numero de documento: 1055964005

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 Alvarado me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Unidad de Salud 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.

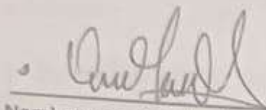
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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 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 Yuly Fabiola Rodríguez García, identificado con tipo de documento CC número 1055964005, 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

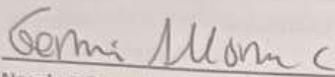
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

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: 9-05-2025 Nombre completo: Olga María Virrujo Edad: 44
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 57547973

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 Mora me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Unidad 1-1-1 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.

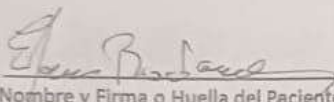
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

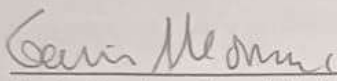
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 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 Olga María Virrujo, identificado con tipo de documento CC número 57547973, 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)

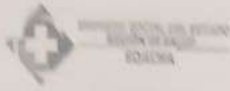

 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

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-PTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 05-05-2023 Nombre completo: Elmer Rodríguez Mesa Edad: 72
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1717506

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 Legna Mena me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Unidad 2 de la 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.

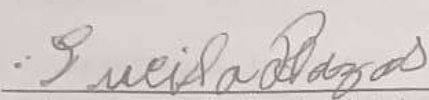
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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.

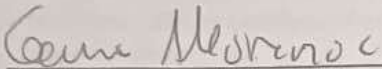
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Legna Mena me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Elmer Rodríguez Mesa, identificado con tipo de documento CC número 1717506, 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)

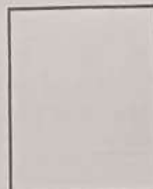



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 09-05-2025 Nombre completo: Luis Páez Edad: 27
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Número de documento: 41549857

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 Monera me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Buena Vista 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.

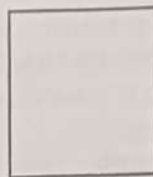
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 Monera 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 Luis Páez, identificado con tipo de documento CC número 41549857, 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.

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

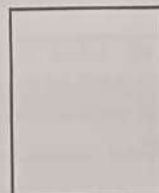


Gomez Nelson
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

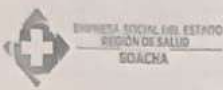
DISENTIMIENTO

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: 09-05-2025 Nombre completo: Heriberto David Benito Jimenez Edad: 7
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: X TI: CC CC: 1094833467 CE: 1094833467 Numero de documento: 1094833467

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 Muñoz me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Unidad de Salud 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.

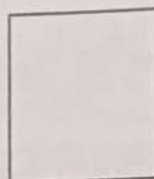
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Bernita Muñoz me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Heriberto David Benito Jimenez, identificado con tipo de documento CC número 1094833467, 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.

Shalom J.

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



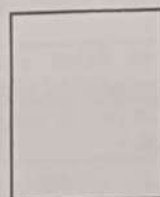
Genia M. Morante

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: 9-07-2025 Nombre completo: Shelton Saray Jimeno Albino Edad: 73
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: PDT TI: CC: CE: Numero de documento: 693361

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 Carmen Mena me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en Unidad de Salud 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.

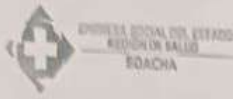
BENEFICIOS	RIESGOS
Su propósito es diagnóstico y terapéutico, para mejorar el estado de salud del paciente	Podría incrementar el riesgo ambiental y sanitario de acuerdo al entorno.
Facilita la cercanía con el profesional de salud desde su lugar de residencia.	Debe contar con tiempo insuficiente para 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.

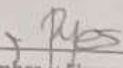
4. No contare con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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.

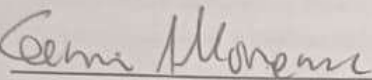
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Carmen Mena me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Shelton Saray Jimeno Albino identificado con tipo de documento PDT número 693361, 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
		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.


 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)


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)

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

Fecha: 9-05-2025 Nombre completo: José Giovanni Reyes Lara Edad: 51
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: CC: 4 CE: Numero de documento: 5951056

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 urgencia 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.

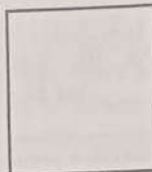
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 José Giovanni Reyes Lara, identificado con tipo de documento CC número 5951056, 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.

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

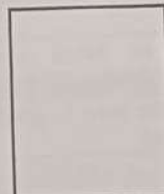


Cecilia Monreal
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

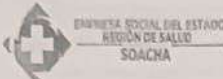
DISENTIMIENTO

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: 9-05-2025 Nombre completo: Jordyn Ariel Aguirre Matamoros Edad: 23
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI: CC: 7 CE: Numero de documento: 1004541601

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 Brigada 1 del 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.

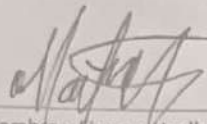
4. No contara con implicaciones del acto asistencial, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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.

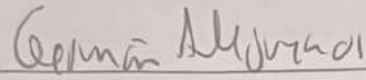
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema MORALES me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jordyn Ariel Aguirre Matamoros identificado con tipo de documento 11 número 1004541601, 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)

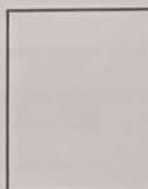



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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)

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

Fecha: 06-05-2025 Nombre completo: María Feiney Restrepo Mendez Edad: 69
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 8 CE: _____ Numero de documento: 79305780

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 Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T12 A730 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 German 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 María Feiney Restrepo Mendez identificado con tipo de documento CC número 79305780, 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.

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



Germán M. ...
 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: 06-05-2025 Nombre completo: Hector Emilio Ardila Fonseca Edad: 66
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 19387684

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 TN del 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.

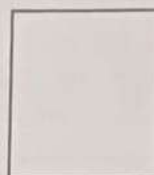
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 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 Hector Emilio Ardila Fonseca, identificado con tipo de documento CC número 19387684, 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.

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

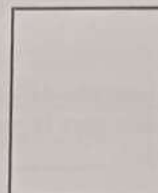


Germán H. Morán
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 06-05-2025 Nombre completo: Miguel Ángel Ramírez Betanc Edad: 29
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: 7 CE: Numero de documento: 1000792802

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 A. Moreno me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T12 Ag 1602 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.

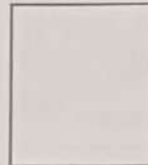
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial, 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 A. 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 Miguel Ángel Ramírez Betanc, identificado con tipo de documento Cc número 1000792802, 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.

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

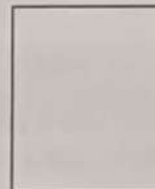


German Morero L
Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 06-05-2025 Nombre completo: Maria Nubia Calderon Diaz Edad: 62
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: Y CE: Y Numero de documento: 3963302

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 Alvarado, me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TR 42602 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 German 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 Maria Nubia Calderon Diaz, identificado con tipo de documento CC número 3963302, 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.

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

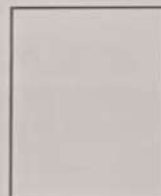


Germán Alvarado C
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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)

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

Fecha: 06-05-2020 Nombre completo: Andrés Felipe Calderón Garzón Edad: 18
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI CC: ✓ CE: ✓ Numero de documento: 1028820169

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 Almoros me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T12 A1602 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.

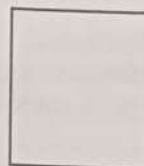
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German Almoros me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Andrés Felipe Calderón Garzón, identificado con tipo de documento CC número 1028820169, 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.

Paula Rodriguez.

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



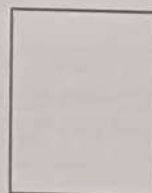
Germán A. Morúa C

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 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: 06-05-2025 Nombre completo: Edinson Sierra Rodríguez Edad: 7
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: 8 CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 1072264566

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 Bernar Morales me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T12 Apt 603 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.

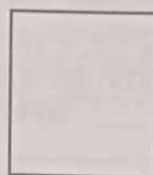
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Bernar Morales me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Paula Andrea Rodríguez Herazo, identificado con tipo de documento CC número 1072260679, 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

 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.

Paula Rodríguez

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



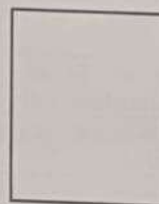
German A. Morico C.

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)

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

Fecha: 06-05-2025 Nombre completo: Paula Andrea Rodríguez Heredia Edad: 31
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1072760679

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 A. Morúa C me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T12 A+ 603 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.

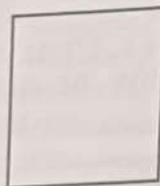
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán A. Morúa C me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Paula Andrea Rodríguez Heredia, identificado con tipo de documento CC número 1072760679 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.

Ara Romero

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



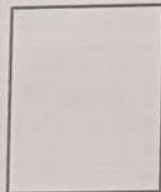
Fernando Alvarado

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: 06-05-2025 Nombre completo: Ana Maria Romero Rodriguez Edad: 25
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 2 CE: _____ Numero de documento: 1003710001

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 TII Ap 703 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.

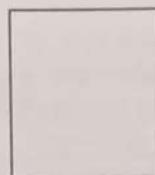
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Ana Maria Romero Rodriguez, identificado con tipo de documento CC número 1003710001, 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>SISTEMA REGIONAL DE SALUD</small> <small>REGIÓN DE SALUD</small> <small>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.

MIGUEL NAÑEZ

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)

 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: 06-05-2025 Nombre completo: Miguel Angel Nait+Alvarado Edad: 24
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 1001340668

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 11 de Agosto 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 Miguel Angel Nait+Alvarado, identificado con tipo de documento CC número 1001340668, 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
		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.

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

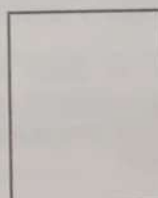


Germán Muriel
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 06-05-2025 Nombre completo: Harel Santoso Maldonado Daza Edad: 21
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 8 CE: _____ Numero de documento: 1000522405

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 Márquez me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TII A-1001 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.

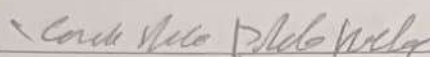
4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

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.

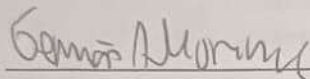
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Márquez me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Harel Santoso Maldonado Daza, identificado con tipo de documento CC número 1000522405, 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</small> <small>REGIÓN DE SALUD</small> <small>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)

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

Fecha: 06-05-2025 Nombre completo: Carmen Rocio Pulido Rocha Edad: 53
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: _____ CE: _____ Numero de documento: 39657060

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 Tlo 4/1 203 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.

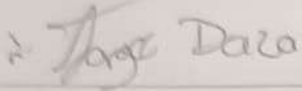
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

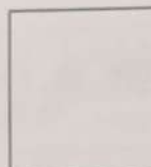
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto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

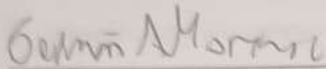
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Germán Moreno me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Carmen Rocio Pulido Rocha, identificado con tipo de documento CC número 39657060, 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

 MINISTERIO 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)

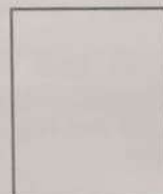



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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)

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

Fecha: 6-05-2024 Nombre completo: Jorge Armando Daza CM Edad: 47
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 7 CE: _____ Numero de documento: 79221654

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 Morán me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en TIO A-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 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.

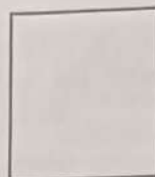
5. RIESGOS PERSONALIZADOS: Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial,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

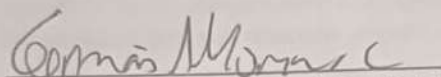
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud German Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Jorge Armando Daza CM, identificado con tipo de documento CC número 79221654, 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)

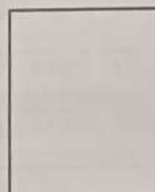



Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 5-05-2025 Nombre completo: Esther Rivera Edad: _____
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 8 CE: _____ Numero de documento: 50090772

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 Marmola me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T13 4/101 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 Gema Marmola 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 Esther Rivera, identificado con tipo de documento CC número 50090772, 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

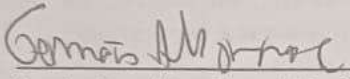
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
	PROCESO: Gestión de Servicios Ambulatorios	CÓDIGO	EBS-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

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: 5 de Julio Nombre completo: Ana Dely Orta River Edad: 42
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 65831930

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. Ortiz me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T16 4p 603 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 German M. Ortiz 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 Dely Orta River, identificado con tipo de documento 4 número 65831930, 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.

Florencia

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



Germán 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: 05-07-2020 Nombre completo: Flore Montano Gonzalez Edad: 58
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 51876861

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 Montano me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en F.P. Arroyo 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.

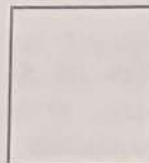
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 Montano 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 Flore Montano Gonzalez, identificado con tipo de documento CC número 51876861, 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.

Herminia MB
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 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: 5-05-2025 Nombre completo: Mario Hernando Morán Busta Edad: 61
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: TI TI: CC CC: 70 CE: 70 Numero de documento: 46642401

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 TI 4/503 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.

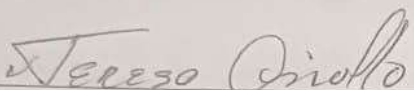
4. No contare con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

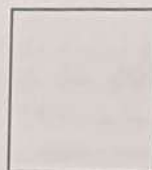
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto asistencial,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

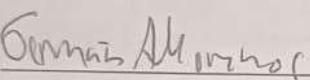
La Empresa Social del Estado Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gema Morán me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Mario Hernando Morán Busta, identificado con tipo de documento CC número 46642401, 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)

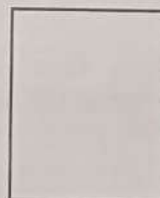



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 5-05-2025 Nombre completo: Teresa de Jesús Chollo Guerra Edad: 67
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 78682577

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 79 del 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.

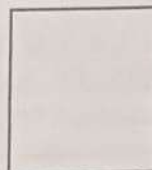
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 Teresa de Jesús Chollo Guerra, identificado con tipo de documento CC número 78682577, 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.

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

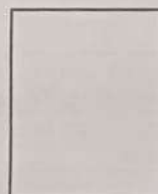


Germán Almonte
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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: 5-05-2025 Nombre completo: María del Carme Castro Lopez Edad: 70
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: X CE: _____ Numero de documento: 39634160

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 Tx Ag 1303 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.

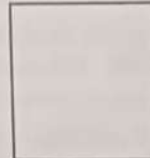
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto 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 María del Carme Castro Lopez, identificado con tipo de documento CC número 39634160, 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</small> <small>REGIÓN DE SALUD</small> <small>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.

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



Gemma Moreno
 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)

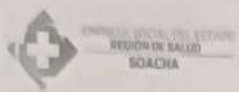
DISENTIMIENTO

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	EB5-FTO-07
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	12/07/2024

Fecha: 5-05-2025 Nombre completo: Rubi Uzcumbide Gonzalez Arredondo Edad: 45
Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: ✓ CE: _____ Numero de documento: 52839014

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 M. Luna me ha suministrado información sobre la atención que me van a realizar en T10 A/1201 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.

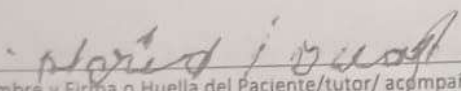
4. No contara con **implicaciones del acto asistencial**, en consideración a que el abordaje es de inspección, examen físico, interrogatorio, educación y plan de cuidados.

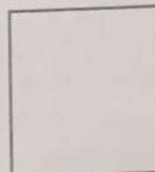
5. **RIESGOS PERSONALIZADOS:** Basados en su condición actual de salud y de sus antecedentes personales, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: _____ Si después de leer este documento tiene alguna duda sobre el manejo terapéutico, riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones del acto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

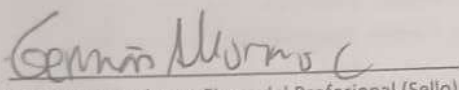
La **Empresa Social del Estado** Región de salud Soacha, por intermedio del personal de salud Gemma M. Luna me explicó la naturaleza y finalidad de la atención que me van a realizar, mi derecho a rechazarlo o revocarlo, así como las consecuencias posibles de esta determinación, los beneficios, riesgos e implicaciones de la realización del mismo, y Yo Rubi Uzcumbide Gonzalez Arredondo, identificado con tipo de documento CC número 52839014, 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>SISTEMA REGIONAL DE SALUD</small> <small>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)

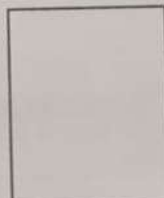



 Nombre Completo y Firma del Profesional (Sello)


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)

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

Fecha: 05-05-2025 Nombre completo: Mario Inocencio Dávila Alvarado Edad: 39
 Municipio: Soacha Tipo de Identificación RC: _____ TI: _____ CC: 2 CE: _____ Número de documento: 41642421

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 TIO de 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 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 Mario Inocencio Dávila Alvarado, identificado con tipo de documento A número 41642421, 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