AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Kelly Dahiana Hern Martinez y nombre identitario (como me identifico) Kelly Dahiana Hern Martinez con documento de identidad N° 1055831011 de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Correa de la ESE Hospital San Jose de Aguadas para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 14 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Doris Adriana Gallego Gallego y nombre identitario (como me identifico) Adriana Gallego con documento de identidad N° 1055838581 de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Garcia Guzman de la ESE Hospital san jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 14 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Doris Adriana G.
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Anyi Lorena Martinez Cardona y nombre identitario (como me identifico) Lorena Martinez con documento de identidad N° 1007323542 de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Gaviria Guzman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 20 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Osmaider Cuellar Garay y nombre identitario (como me identifico) Osmaider Cuellar con documento de identidad N° 1007468283 de Cesar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yuri Garcia Guzman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 20 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Greilys Carolina Florez y nombre identitario (como me identifico) Greilys Carolina con documento de identidad N° 1064809501 de Cesar, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yuly Caviria Guzman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 20 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Luisa Fernanda Haulanda y nombre identitario (como me identifico) Luisa Haulanda con documento de identidad N° 1055330885 de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Gaviria Gurman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 20 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

LFMH
Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Edwar Restrepo Restrepo y nombre identitario (como me identifico) Edwar Restrepo con documento de identidad N° 1004437987 1 de Magdalena, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Garnica Guzman de la ESE Hospital san Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 20 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Yoider Correa Murillo y nombre identitario (como me identifico) Yoider Correa con documento de identidad N° 1060266596. de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Gaviria Guzman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 14 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Daniel Vasquez Perez y nombre identitario (como me identifico) Daniel Vasquez con documento de identidad N° 1109290389 de Manizales, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yury Paulina Guzman de la ESE Hospital San Jose de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 14 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Firma Usuario

AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION PSICOSOCIAL E INFORMACIÓN A TERCEROS

Yo con nombre legal (como aparece en el documento de identidad) Valeria Arbeláez Reinoso y nombre identitario (como me identifico) Valeria Arbeláez. con documento de identidad N° 1055332563 de Aguadas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, al(a) Psicólogo(a) Yuri Gaviria de la ESE Hospital San José de Aguadas, para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención psicosocial, de acuerdo con el rol de Psicólogo(a) , sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales de la psicología dentro de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las intervenciones psicosociales que la (el) profesional de Psicología considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo psicosocial en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones psicosociales, sus propósitos, su duración. - La aplicación de técnicas e instrumentos psicosociales pertinentes. – Las incomodidades que se pueden derivar del proceso - Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, y compromiso con el proceso sean los indicados. - Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. - Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO. - Autorizo con la firma de este documento que mi ficha familiar de riesgo psicosocial de línea base y mi ficha de intervención familiar sea suministrada al observatorio social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar mi ficha familiar de la estrategia de Atención Primaria Social APS siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y de mi familia y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este consentimiento informado, dado en Aguadas, el día 14 del mes de Marzo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Profesional

Valeria Arbeláez R.

Firma Usuario