| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Daniela Valencia Castro identificado(a) con documento de identidad N° 1054949634 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Daniela Valencia Castro

Firma Usuario

H-H

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Nathalia Guapacha identificado(a) con documento de identidad N° 1089 938 339 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Nathalia Guapacha

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO<br>DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Darwin Restrepo identificado(a) con documento de identidad N° 1056127666 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Darwin Restrepo

Firma Usuario

H-H

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO<br>DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Luis Alfredo Zapata Arenas identificado(a) con documento de identidad N° 1054076770 de Neira, Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Vereda Cuba, el día 20 del mes de 05 del año 26. Para constancia se firma la conformidad.

Luis Zapata

Firma Usuario

H-H

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Juan Stiban Ortiz identificado(a) con documento de identidad N° 1058818785 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, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Cuba, el día 10 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Juan Ortiz

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Paula Andrea Tapia identificado(a) con documento de identidad N° 1090336058 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Cuba, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Paula Tapia

Firma Usuario

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO<br>DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL GERMANTEVIEL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Dilan Mauricio ortiz A. identificado(a) con documento de identidad N° 1055 361 256 de Neira Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Cuba, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Dilan Aguirre

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO<br>DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo emanuel patiño zapata identificado(a) con documento de identidad N° 1.060.594.009 de neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 neira, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

emanuel

Firma Usuario

H-H

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo María José Llorente Zapata identificado(a) con documento de identidad N° 1058819974 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, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Cuba, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

María

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina María Montoya López

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Tomas Alberto Infante Saenz identificado(a) con documento de identidad N° 1055757896 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 cuba, el día 20 del mes de maya del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Michel Marín Zuluaga identificado(a) con documento de identidad N° 1054400073 de Neira Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Michel Marín Zuluaga

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Iris Katalina Soto Zuluaga identificado(a) con documento de identidad N° 1053813970 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, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Katalina Soto

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

mayo 20/2026

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Laura Maria Morales Cruz identificado(a) con documento de identidad N° 1057330907 de Neiva, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez** y a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neiva, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Laura

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Valeria Loaiza Gonzalez identificado(a) con documento de identidad N° 1055361241 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Valeria Loaiza

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL GERIATRICO SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Yuri Dubiana Sanca Vargas identificado(a) con documento de identidad N° 1023749781 de Palestina, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Laura Sofia Sánchez Largo identificado(a) con documento de identidad N° 1148691220 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Laura Sofia Sánchez

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Karen Jimenez identificado(a) con documento de identidad N° 1030140765 de Quinchia, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Karen Jimenez

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Karla Manuela Ruiz Velez identificado(a) con documento de identidad N° 1.047995835 de Neira, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Albeiro Alejandro Manzo Tapasco identificado(a) con documento de identidad N° 1090336738 de Quichaya Boyacá, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez** y a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de Mayo del año 2026. Para constancia se firma la conformidad.

Alejandro MT

Firma Usuario

H-H

Enfermero Jefe TP:71313

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Powered by CamScanner

| Alcaldía de Neira | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC CONSENTIMIENTO INFORMADO | SAN JOSÉ |
|---|---|---|

**ANEXO:5 AUTORIZAR PROCESO DE INTERVENCION E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo Emiliano Vargas Montoya identificado(a) con documento de identidad N° 1057 331 483 de Neira Caldas, y en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognoscitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Profesional en Desarrollo Familiar **Lina Maria Montoya Lopez y** a el profesional de Enfermería **Hemerson Herrera** de la **ESE Hospital San Jose de Neira** , para que realice evaluación, diagnóstico, e intervención en salud, de acuerdo con sus conocimientos, cualificaciones y alcances profesionales 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 que la (el) profesional de la Institución considere son las adecuadas con respecto a la condición de riesgo en salud en que me encuentre yo y mi núcleo familiar. También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre: - Las intervenciones, sus propósitos, su duración, educación. - La aplicación de técnicas e instrumentos 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 información de riesgo en salud de línea base y/o encuestas o formato de identificación de datos sea analizada por la institución y Dirección Territorial de Salud de Caldas, para retroalimentar la estrategia de Atención en salud y se realicen acciones que eduquen o aumenten el conocimiento del usuario; 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 Neira, el día 20 del mes de 05 del año 26. Para constancia se firma la conformidad.

Firma Usuario

H-H

Lina Maria Montoya Lopez

Profesional en Desarrollo Familiar
TP: 0231

Enfermero Jefe TP:71313

Powered by CamScanner