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

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

**MUNICIPIO Y FECHA:** Anserma Caldas 20 de Mayo de 2026

YO, Mabel Estella Castaneda identificado con CC 1054916069 en calidad de representante legal del menor Breiner Trejos Castaneda identificado con TI 1054925941 en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento que este participe de manera presencial en las estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas de las siguientes dimensiones desarrolladas por la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ANSERMA CALDAS:

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

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

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

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

Firma Mabel Stella C. L.
Cédula 1054916069
Teléfono de contacto 3116849912