|  |
| --- |
| FECHA |
| **AÑO** | **MES** | **DIA** |
|       |       |       |

Yo       , identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro.        de       , en calidad de acudiente y en representación legal del estudiante menor de edad       , identificado con Tarjeta de identidad n°       ; en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo al equipo de la División de Servicios Asistenciales y de Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander para que realice el(los) los procedimientos y/o consultas que son parte integral de la atención en salud que se le brinda a mi apoderado en el servicio de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Odontología** **[ ]**  | **Medicina General [ ]**  | **Enfermería [ ]**  | **Psicología [ ]**  |

Igualmente, manifiesto que he sido asesorado por el personal de la División e informado acerca de los posibles riesgos y complicaciones que podrían prestarse durante la realización de atención en salud; y en tal sentido doy mi consentimiento para proseguir con la consulta.

Firma del acudiente o padre de familia:

CC.

|  |
| --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| **VERSIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** | **FECHA** | **RESPONSABLES** |
| 01 | **Creación del Documento.** Documentos y registros relacionados a medicamentos, dispositivos médicos e insumos para habilitación de los servicios de salud que se ofertan desde la División de Servicios Asistenciales y de Salud adscrita a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario a la comunidad institucional. | 24/04/2023 | **Elaborado por:** * Luis Eduardo Trujillo (Vicerrector Bienestar Universitario)
* Lina Mariela Ardila (Profesional Coordinador Unidad Salud)
* Mónica Bautista (Profesional Apoyo Planeación – Calidad)

**Aprobado por:** * Henry Luna (Líder de Calidad)
 |