

Consentimiento – Disentimiento informado
Aplicación Escala Abreviada del Desarrollo

Instrucción

Realice la lectura del siguiente texto de manera clara y en tono pausado, señalando el alcance y la importancia del consentimiento – disentimiento como parte de la intervención ofrecida.

Una vez realice la lectura al acudiente y/o estudiante en caso de ser necesario podrá ser grabado.

Al final se le preguntará si acepta o no acepta participar en el desarrollo de esta intervención a través de la subred específica.

Certifico que el documento sobre consentimiento informado lo he leído. He recibido y comprendido la información sobre la intervención y sus beneficios. El apoyo ofrecido tiene como propósito promover la salud infantil en jardines infantiles priorizados desde el entorno educativo.

Autorizo la participación como padre, madre o acudiente del (los) niñ@ (s):

En la sesión orientadas a:

1. APLICACIÓN DE LA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO: SI ____ NO ____

Se me ha explicado que la escala abreviada del desarrollo evalúa cuatro áreas del desarrollo: motricidad fina, motricidad gruesa, audición lenguaje y personal social y permite determinar si el niño o niña tiene riesgo o sospecha de problema en el desarrollo y en caso de que se identifique esta situación se realizará la canalización respectiva a la ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud.

De igual manera, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Subred _____, la EAPB ("EPS") a la que pertenezco y la Secretaría Distrital de Salud para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, mayor información en la página WEB http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Proteccion_Datos_P.pdf, para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descrito en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Salud.

De acuerdo con lo anterior, se me ha informado que estoy en libertad de aceptar o no el proceso que se me ha ofertado y explicado previamente, en ese mismo sentido, puedo desistir de no participar en este proceso.

Nota: Es importante preguntar sí se presenta alguna duda de lo leído hasta el momento.

Explicado y comprendida la información de la intervención que se me ofrece por parte de la sub red integrada de servicios de salud _____ y la Secretaría Distrital de Salud.

¿Acepta o no acepta la participación en esta intervención?

ACEPTO ____ NO ACEPTO ____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FIRMA _____ DOCUMENTO _____