**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre**

**Documento de identidad de**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable:** Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado(a) con cedula de ciudadanía nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en mi propio nombre o en calidad de representante, declaro que he sido suficientemente informado en términos claros y comprensibles por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificado(a) con cedula de ciudadanía nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de equipo certificador, acerca del proceso de certificación de discapacidad, manifiesto de forma libre, espontanea y voluntaria que:

1. El equipo interdisciplinario de certificación de discapacidad me informó qué tengo derecho a tomar decisiones, a que se respete mi voluntad y preferencias y a que se me proporcionen los apoyos que pueda necesitar para la valoración.
2. Me informó también que existe un procedimiento que protege mis derechos y respeta mis decisiones sobre lo que yo quiero hacer con el servicio que se me está presentando de acuerdo con mi proyecto de vida. Este procedimiento se llama toma de decisiones con apoyo.
3. Me informó que para realizar esta valoración me harían varias preguntas sobre mi estado de salud, patologías gustos preferencias y actividades cotidianas con el fin de obtener información sobre aspectos significativos para mí y los apoyos que requiero y/o utilizo cotidianamente para mi comunicación o interrelación con otras personas.
4. Me informaron que debo proporcionar valoraciones previas de atenciones por especialistas para clínicos y/o estudios imagenológicos previos que soporten mi condición y estado de salud
5. Me informó que las preguntas se llevarán a cabo entre equipo interdisciplinario, yo y un familiar, si es necesario.
6. Me informó que la información que yo le suministre solo será utilizada para la certificación de mi condición de discapacidad
7. Me dieron a conocer mira que al finalizar la valoración se me entregará de forma física el certificado de discapacidad si mi condición lo genera.

He entendido la información que se me ha dado y aceptó participar en el proceso de valoración descrito en este documento

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |