**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE TEST DE TAMIZAJE A MENORES DE EDAD**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con C.C No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del presente documento consiento que se le efectúe a mi hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_el Test de Tamizaje, con el objetivo de identificar si existe o no algún riesgo en salud mental, que requiera de activación de ruta en salud y/o acompañamiento profesional oportuno.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, he comprendido y estoy satisfech@ con esas explicaciones.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Adulto Responsable.**

Firmado en Ibagué,

A los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Profesional del profesional.**