



1. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (ACUDIENTE)

NOMBRE COMPLETO:

CÉDULA / ID:

PARENTESCO / RELACIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO:

2. DATOS DEL USUARIO (MENOR DE EDAD)

NOMBRE COMPLETO:

TIPO Y NO. DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

3. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS INTERDISCIPLINARIOS

Por medio del presente documento, declaro de manera libre, consciente y voluntaria que autorizo la atención integral del usuario en los siguientes servicios seleccionados:

☐ Psicología ☐ Terapia Ocupacional ☐ Fonoaudiología ☐ Acompañamiento Familiar

4. CLÁUSULAS DE CONSENTIMIENTO LEGAL

Confidencialidad: Toda la información recolectada durante el proceso de evaluación e intervención estará protegida bajo el secreto profesional y la reserva de la historia clínica conforme a la legislación vigente.

Protección de Datos (Habeas Data): Autorizo al Centro Semillas el tratamiento de datos personales y sensibles del menor y su acudiente para fines exclusivamente clínicos, asistenciales y administrativos.

Contacto Institucional (Entorno Macro): Autorizo al equipo asistencial de Semillas a establecer comunicación con instituciones educativas, médicas u oficiales (ej. ICBF) para coordinar estrategias en beneficio del usuario.

Firma del Acudiente / Representante Legal
C.C. No.

Huella

SUPABASE PRO - SYSTEM AUDIT LOG (REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA)

Profesional Responsable: _____ Registro Pro / Tarjeta: _____

Fecha y Hora de Registro: 2026-08-01 14:00:00 UTC UUID Sesión: auth.uid() -> system_audit_logs