S.G.D.H.-

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

 **COMISARIA DE FAMILIA DE GIRARDOTA**

**MUNICIPIO O LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBJETIVO: Obtener autorización por parte del padre, madre o representante legal, para que los profesionales psicosociales lleven a cabo la valoración del entorno familiar y social, con el propósito de brindar las atenciones pertinentes y oportunas.**

Yo, (padre, madre o representante legal), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con (tipo de documento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO,** que los profesionales del Equipo Móvil de Protección Integral - EMPI- del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF-, me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia, igualmente, me han aclarado las dudas que tengo al respecto y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia pueden ser puestas en conocimiento del Centro Zonal, Autoridad Administrativa Competente u otros agentes del Sistema Nacional Bienestar Familiar -SNBF-, con el objetivo de movilizar acciones a favor de todos los integrantes de la familia que lo requieran.

También me han explicado que el presente consentimiento informado tiene fines administrativos y se enmarcan en la Constitución Política de Colombia, que en su artículo 13 establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, y que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Por su parte, el artículo 16 determina que todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad, y el artículo 44 establece que son derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión; y que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y protegerlos para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, los cuales son prevalentes.

Por lo tanto, autorizo de forma libre y autónoma mi voluntad para que los profesionales del EMPI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar– ICBF-, ingresen a mi hogar, para realizar acciones de valoración psicosocial, familiar, social y determinar el tipo de atención y seguimiento a realizar con mi familia.

|  |
| --- |
| **FIRMAS** |
| **PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL** | **PROFESIONAL EQUIPO MÓVIL DE PROTECCIÓN INTEGRAL -EMPI** |
|  |  |
| **Firma** | **Firma** |
| **Nombres y apellidos:** | **Nombres y apellidos:** |
| **Tipo y # de documento:** | **Tipo y # de documento:** |

**Representantes de:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE** | **PARENTESCO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Observaciones:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_