

**DOCUMENTO DE NO ACEPTACIÓN
SUMINISTRO ANTIPARASITARIO PARA LA ELIMINACIÓN DE
HELMINTOS (GUSANOS) INTESTINALES**
MEDELLÍN ME CUIDA SALUD - SECRETARÍA DE SALUD

Estimado(a) madre, padre o cuidador(a):

La Secretaría de Salud adelanta una jornada de desparasitación a través de la administración del medicamento Albendazol, el cual es seguro y sus efectos secundarios son mínimos. Esta actividad no tiene costo y será realizada por personal de Medellín Me Cuida Salud, de acuerdo con los lineamientos de desparasitación antihelmíntica masiva de la Organización Mundial de la Salud.

Si usted "NO" desea que a su hijo o menor a cargo se le suministre el antiparasitario, marque con una (X) y diligencie los datos.

No deseo que mi hijo (a) reciba el antiparasitario.

Nombres y apellidos del menor: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del madre, padre o cuidador: _____

Fecha: _____

Nota: Si no diligencia este formato la institución dará por aceptado el procedimiento.

**DOCUMENTO DE NO ACEPTACIÓN
SUMINISTRO ANTIPARASITARIO PARA LA ELIMINACIÓN DE
HELMINTOS (GUSANOS) INTESTINALES**
MEDELLÍN ME CUIDA SALUD - SECRETARÍA DE SALUD

Estimado(a) madre, padre o cuidador(a):

La Secretaría de Salud adelanta una jornada de desparasitación a través de la administración del medicamento Albendazol, el cual es seguro y sus efectos secundarios son mínimos. Esta actividad no tiene costo y será realizada por personal de Medellín Me Cuida Salud, de acuerdo con los lineamientos de desparasitación antihelmíntica masiva de la Organización Mundial de la Salud.

Si usted "NO" desea que a su hijo o menor a cargo se le suministre el antiparasitario, marque con una (X) y diligencie los datos.

No deseo que mi hijo (a) reciba el antiparasitario.

Nombres y apellidos del menor: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del madre, padre o cuidador: _____

Fecha: _____

Nota: Si no diligencia este formato la institución dará por aceptado el procedimiento.

**DOCUMENTO DE NO ACEPTACIÓN
SUMINISTRO ANTIPARASITARIO PARA LA ELIMINACIÓN DE
HELMINTOS (GUSANOS) INTESTINALES**
MEDELLÍN ME CUIDA SALUD - SECRETARÍA DE SALUD

Estimado(a) madre, padre o cuidador(a):

La Secretaría de Salud adelanta una jornada de desparasitación a través de la administración del medicamento Albendazol, el cual es seguro y sus efectos secundarios son mínimos. Esta actividad no tiene costo y será realizada por personal de Medellín Me Cuida Salud, de acuerdo con los lineamientos de desparasitación antihelmíntica masiva de la Organización Mundial de la Salud.

Si usted "NO" desea que a su hijo o menor a cargo se le suministre el antiparasitario, marque con una (X) y diligencie los datos.

No deseo que mi hijo (a) reciba el antiparasitario.

Nombres y apellidos del menor: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del madre, padre o cuidador: _____

Fecha: _____

Nota: Si no diligencia este formato la institución dará por aceptado el procedimiento.

**DOCUMENTO DE NO ACEPTACIÓN
SUMINISTRO ANTIPARASITARIO PARA LA ELIMINACIÓN DE
HELMINTOS (GUSANOS) INTESTINALES**
MEDELLÍN ME CUIDA SALUD - SECRETARÍA DE SALUD

Estimado(a) madre, padre o cuidador(a):

La Secretaría de Salud adelanta una jornada de desparasitación a través de la administración del medicamento Albendazol, el cual es seguro y sus efectos secundarios son mínimos. Esta actividad no tiene costo y será realizada por personal de Medellín Me Cuida Salud, de acuerdo con los lineamientos de desparasitación antihelmíntica masiva de la Organización Mundial de la Salud.

Si usted "NO" desea que a su hijo o menor a cargo se le suministre el antiparasitario, marque con una (X) y diligencie los datos.

No deseo que mi hijo (a) reciba el antiparasitario.

Nombres y apellidos del menor: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____

Firma del madre, padre o cuidador: _____

Fecha: _____

Nota: Si no diligencia este formato la institución dará por aceptado el procedimiento.