**CONTENIDO**

**\* Este aval solo puede ser otorgado por el director de su servicio**

**\* Recuerde que todos los involucrados en la propuesta deben estar informados y de acuerdo con su participación en el desarrollo del documento.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio o área que propone la enfermedad** | <<<<<Medicina aeroespacial>>>>> | | Firma |
| **Director del servicio** | <<<<<Pedro Pérez>>>>> | | <<Firma Pedro Pérez>> |
| **Líder Clínico (1 hora/semana)** | <<<<<Andrés Nieto.>>>>> | | <<Firma Andrés Nieto >> |
| **Residente o profesional designado (6 horas/semana)** | <<<<<Juan Rodríguez>>>>> | Cargo: <<<Residente m. aeroespacial>>>> | << Firma Juan Rodríguez>> |
| **Paciente propuesto para la participación** | <<<<<nombre del paciente>>>>> | | Opciona: firma del paciente |
| **Fecha del aval** | <<<<<dd-mm-aaaa>>>>> | | |
| **Enfermedad o condición que propone** | **<<<<<ENFERMEDADES POR EXPOSICIÓN A LA ALTURA>>>>>** | | |
| **Nombre tentativo del ECBE** |  | | |

Por medio del presente aval yo XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, actuando como director del servicio o área asistencial XXXXXXXXXXXXX, manifiesto que:

1. Las personas designadas han sido informadas de su posible participación en el desarrollo del documento.
2. No hay otras iniciativas en el servicio desarrollando un estándar clínico en esta enfermedad o condición.
3. La información presentada acerca de la condición o enfermedad es acorde con la realidad del servicio y el Hospital Universitario Nacional de Colombia.
4. Conozco el formato *IN-FR-15. Información de Enfermedades Candidatas para el Proceso de Priorización.*