



CONSENTIMIENTO INFORMADO

SanaMente | Somos DeMentes

PSICÓLOGA SOFÍA CHAVES

## Consentimiento Informado | Menores de edad

### Datos generales

<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>TI:</b>		<b>Edad:</b>	
<b>Nacimiento:</b>		<b>Ciudad:</b>	
<b>Escolaridad:</b>		<b>Institución:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Barrio / Ciudad</b>	
<b>Ocupación:</b>		<b>Convive con:</b>	
<b>Padre:</b>		<b>Madre:</b>	
<b>Lugar de intervención:</b>		<b>Fecha:</b>	

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades legales y mentales, y/o en representación del niño(a) \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo a la psicóloga SOFÍA CHAVES DUQUE, para que realice evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto las terapias y procedimientos que el terapeuta considere son las adecuadas para mi condición psicológica o la del niño que represento.

También se me ha ilustrado de manera clara y precisa, sobre:

- Rol del terapeuta, sus cualificaciones y alcances profesionales.
- Los procedimientos terapéuticos y sus propósitos.
- Las incomodidades o riesgos potenciales que se pueden derivar del proceso
- Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, asistencia y compromiso con el proceso sean los indicados.

- Alternativas posibles a la terapia dentro de la disciplina científica y los recursos del medio para brindarme apoyo.
- Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento.
- Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley.

## INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO

Se me informó así mismo, que al venir a proceso psicológico estoy aceptando un servicio para el cual debo suministrar la información necesaria para obtener beneficios del proceso. Recibí además, información sobre los siguientes aspectos:

- Lo relacionado con el funcionamiento del proceso psicológico, las posibilidades de mejoramiento, la duración del tratamiento y la aplicación de técnicas y pruebas psicológicas pertinentes.
- También se me explicó lo concerniente a la forma de pago y circunstancias relacionadas con el incumplimiento de las citas o deserción por parte mía o del terapeuta.
- Que la confidencialidad de la profesión de psicología está regida por el artículo 2°, numeral 5° de la Ley 1090 de 2006: “Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales: 5. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad”.

Autorizo con la firma de este documento que mi historia clínica sea suministrada a terceros en caso de que sea requerida para fines terapéuticos y/o jurídicos, según las disposiciones de ley.

## MANEJO DE DATOS PERSONALES

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a **Sofía Chaves** para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como la historia clínica y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de sus instalaciones; así como para documentar las actividades gremiales.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

Declaro que conozco y acepto el Manual de Tratamiento de Datos Personales del consultorio de la Psicóloga, y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante a **Sofía Chaves Duque** como Responsable del Tratamiento, cuyo correo es: **psicologa.sofiachaves@gmail.com** y su teléfono de atención es: **300 1824732**

**Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día XXX del mes XXX del año XXX, en la ciudad de XXX.**

**Firma del padre**

\_\_\_\_\_

CC.

Nombre completo

**Firma del / la niño/a**

\_\_\_\_\_

TI.

Nombre completo

**Firma de la madre**

\_\_\_\_\_

CC.

Nombre Completo

**Firma del profesional**

\_\_\_\_\_

CC.

T.P.  
Certificado de Registro No.