



Consentimiento Informado | Menores de edad

Datos generales

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

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, facuto 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 2º, numeral 5º de la Ley 1090 de 2006: "Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán 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.