Tu cerebro brilla como un diamante, no permitas que se nuble por el dolor y la frustración
M.Ramírez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÍA

Sr(a) Usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con el/la psicólogo/a.

1. **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:**
   Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

2. **MODELO DE TRATAMIENTO:**
   El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el aparente problema con usted y obtendrá información relevante.

3. **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**
   Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

4. **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto:

1) Mi aceptación de la evaluación y tratamiento para mí o para la persona menor de edad a mi cargo ofrecido por el servicio de psicología, que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o
2) Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.
3) Mi cumplimiento a las fechas establecidas en común acuerdo con el/la psicólogo/a, se generan de esta manera: cantidad de sesiones _____ ( ), fecha de inicio del proceso__/__/___

4) Mi cumplimiento con el pago de los honorarios que este proceso conllevan, acordados de la siguiente manera: valor total del proceso $_____ valor a cancelar al inicio del proceso $_____ valor a cancelar máximo a la mitad del proceso$_____, estos costos podrán ser cancelados en efectivo o en consignación a la cuenta de ahorros del banco Bancolombia Cta. corriente Nº21004398636, o al NEQUI/DAVIPLATA -3193704720
5) Los procesos adicionales que se generen del acompañamiento terapéutico como audiencias, desplazamientos e informes deberán ser asumidos por el paciente, es importante mencionar que para el año 202(_) los informes tendrán un valor $_____ mil pesos colombianos, y estos solo se emitirán una vez el proceso sea culminado.
6) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

Firma_____ **Fecha**_____/_____/_____