***Sr(a) usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle sus derechos y compromisos con respecto a la Asesoría, consejería, orientación y/o apoyo psicológico; así como el uso de sus datos. Si tiene cualquier duda e inquietud consúltelas con el/la psicólogo(a).***

1. **Uso y confidencialidad de Datos:**

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte por 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 del Código Deontológico y Bioético del ejercicio de la psicología en Colombia Capitulo III, 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.

1. **Modelo de intervención:**

La intervención que se le brinda es llevada a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que otros. Durante la asesoría el/la psicólogo(a) dialogará la situación que le trajo a consulta y obtendrá información relevante para su direccionamiento. Se realizarán un mínimo una (1) sesión y un máximo de cinco (5) sesiones, si el profesional lo considera necesario, podrá realizar una remisión externa durante su proceso al sistema de salud del consultante.

Las asesorías se llevarán a cabo dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma del Caribe, con una intensidad horaria de 45 minutos máximo para la primera cita y las de seguimiento y se programarán cada ocho (8) o quince días (15) dependiendo del tipo de seguimiento que requiera la asesoría.

Se comprende que la decisión de romper la confidencialidad es a discreción del juicio profesional del psicólogo y puede en ocasiones ser hecha en consulta confidencial con algún asesor, igualmente, queda a criterio del profesional si requiere la participación en las sesiones con el atendido, del padre de familia, acudiente y/o representante legal para los casos que sean pertinentes.

1. **Revocación del Consentimiento:**

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el abordaje de la problemática planteada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de **su compromiso de puntualidad, asistencia y participación de cada sesión** y además de su máxima colaboración en diligenciar documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación e intervención.

1. **Declaración del Consentimiento:**

Es usted: Mayor de edad Menor de edad

Si usted es menor de edad por favor su Padre/Madre de Familia, Acudiente, y/o Representante Legal debe leer atentamente:

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE DE FAMILIA, ACUDIENTE, Y/O REPRESENTANTE LEGAL.***

***Sr(a******) padre de familia******, acudiente, y/o representante legal, por favor lea atentamente lo enunciado y firme indicando su aceptación al proceso y de las políticas de confidencialidad en la intervención del/a menor. Si tiene cualquier duda e inquietud consúltelas con el/la psicólogo(a).***

Acuerdo abstenerme de requerir información detallada acerca lo conversado en la asesoría con el/la menor.

Entiendo que seré provisto/a de información y podré ser requerido/a participar de la asesoría, si es necesario.

Aunque estoy consciente que tengo el derecho legal a requerir alguna información escrita del/a menor, acuerdo **NO** solicitar esta información con el fin de respetar la confidencialidad de la intervención del/a menor.

Entiendo que seré informado acerca de situaciones que puedan poner en peligro o en riesgo la vida del menor o de personas cercanas a este/a.

Entiendo que la decisión de romper la confidencialidad es a discreción del juicio profesional del psicólogo y puede en ocasiones ser hecha en consulta confidencial con algún asesor.

Autorizo a la Universidad Autónoma del Caribe y a su grupo de psicólogos para que realice la (s) evaluación (s) que corresponda.

Hemos recibido, leído, entendido y aceptado la información aquí consignada: Políticas de Privacidad | Límites de la Confidencialidad | Documento Informativo, por lo que firmo y acepto su contenido.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | NO |  |

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD.***

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto:

* Mi aceptación del proceso de evaluación e intervención ofrecido por el servicio de Asesoría, Consejería, Orientación, y/o Acompañamiento psicológico de la Universidad Autónoma del Caribe y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me las ha aclarado el/la psicólogo(a).
* Que la información que le brindo al psicólogo(a) es veraz y corresponde a la realidad manifiesta, ya que sobre dicha información se plantean propuestas de intervención.
* Que he leído y comprendido claramente este documento y en consecuencia acepto su contenido, las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo mencionado en este.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | NO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del consultante |  | Firma del padre de Familia, Acudiente y/o representante legal**\*** |  |
| N° de Identificación |  | N° de Identificación**\*** |  |
| Fecha  |  | Fecha**\*** |  |

**\***Firmar por parte del padre de Familia, Acudiente y/o Representante legal solamente en los casos que el paciente sea menor de edad.

 **Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para uso exclusivo del psicólogo tratante de la Universidad Autónoma del Caribe, quien será responsable por su custodia y conservación debido a que contiene información de carácter confidencial privilegiada. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa del paciente y/o en los casos contenidos en la ley**.