**ANEXO POBLACIÓN CON HABILIDADES DIVERSAS**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con[[1]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Me han explicado y entiendo que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respeten mi voluntad y preferencias, y a que se me entreguen los apoyos que pueda necesitar cuando deba tomar decisiones.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Entiendo que el servicio que presta el CENTRO PSICOLÓGICO WALEKER S.A.S., consiste en un acompañamiento psicológico, con un terapeuta que me apoyará en lo que yo requiera para mejorar y cuidar de mi salud mental.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Me han explicado y entiendo que, para realizar este acompañamiento, me harán varias preguntas sobre mis gustos, preferencias y actividades diarias, con el fin de saber acerca de temas importantes para mí y los apoyos que necesito o utilizo diariamente para poder comunicarme con los demás.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Me han explicado y entiendo que las preguntas se harán entre mi terapeuta y yo, y que puedo pedir apoyo de otra(s) persona(s) para responder, en caso de considerarlo necesario. También entiendo que, en cualquier momento, puedo pedir un descanso en el momento que lo desee, que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que puedo contestar con total honestidad, que no tengo que contestar si no lo deseo, y que sí, en algún momento las preguntas me causan alguna molestia o incomodidad, se suspenderá la aplicación hasta cuando yo decida retomarla.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Entiendo que, si mi terapeuta tiene conocimiento de situaciones que puedan poner en peligro mi integridad física o mental o la de otros, podrá comunicarlo con las autoridades competentes.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Me han explicado y entiendo que los beneficios que tiene el acompañamiento son:
2. Mi terapeuta tiene mucha experiencia y conocimiento.
3. Podré hablar con mi terapeuta, acerca de lo que pienso y siento.
4. Mi terapeuta me enseñará habilidades para poder cuidar de mi salud mental.
5. Podré llegar a sentirme mejor si asisto a mis sesiones con mi terapeuta y sigo sus recomendaciones.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Me han explicado y entiendo que los riesgos que tiene el acompañamiento con mi terapeuta son:
2. Puedo sentir incomodidad las primeras veces que hable con mi terapeuta.
3. Puedo llegar a sentir que necesito siempre el acompañamiento de mi terapeuta.
4. Puedo sentir malestar al recordar o hablar de situaciones que han sido difíciles para mí.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Me han explicado y entiendo que hay otras opciones que puedo elegir en cualquier momento, lo siguiente:
2. Existen muchas formas de hacer acompañamiento psicológico, así como lugares que también me pueden ayudar, y puedo elegir la que yo prefiera.
3. Si mi terapeuta considera que lo mejor para mí, es que me atienda otro profesional para complementar mi proceso, me lo explicará claramente.
 | Sí\_\_No\_ |
| 1. Me comprometo a:
2. Llegar puntual a mis citas.
3. Respetaré el tiempo de mi terapeuta, quien estará conmigo durante 50 minutos en cada cita.
4. Si no puedo asistir a mis citas, pediré cancelarlas al menos tres (3) horas antes de la hora que me habían agendado.
5. El día anterior de la cita programada, la auxiliar administrativa del CENTRO PSICOLÓGICO WALEKER S.A.S. se contactará conmigo para confirmar mi asistencia.
6. Realizaré el pago de mis citas antes de iniciar mi espacio con mi terapeuta.
 | Sí\_\_No\_\_ |
| 1. Entiendo que puedo preguntar todo lo que no comprenda y el CENTRO PSICOLÓGICO WALEKER S.A.S., se encargará de responderme con claridad, asegurándose que pueda entender todo lo que me informen.
 | Sí\_\_No\_\_ |

He entendido la información que se me ha dado y acepto participar en el proceso psicoterapéutico descrito en este documento. Expresión de la voluntad del participante (según la forma de comunicación convencional o no convencional utilizada frecuentemente):



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El paciente SÍ\_\_\_\_ / NO\_\_\_\_ requiere de apoyo para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.

Nombre de la persona de apoyo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento informado para el inicio de Intervención Psicoterapéutica y la solicitud de apoyos en la toma de decisiones para personas con habilidades diversas fue firmado ante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con tarjeta profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de COLPSIC, profesional al servicio del CENTRO PSICOLÓGICO WALEKER S.A.S. quien implementa el Instrumento de Valoración de Apoyos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

**TP:**

1. Definir el tipo de documento de identidad que tenga: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, número de pasaporte o la identificación correspondiente al país donde resida. [↑](#footnote-ref-1)