**CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

El presente documento, se firma en Bogotá D.C a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ a las \_\_\_:\_\_\_ am\_\_ / pm\_\_

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** |
| **Nombre del paciente**(Tal cual aparece en el documento de identificación) |  | **Tipo de documento** |  | **N° de documento** |  |
| **Teléfono** |  | **Dirección**  |  |
| **Estado civil** |  | **Correo** |  |
| **EPS** |  | **Fecha de nacimiento** |  | **Género** | F:\_\_\_ M:\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ocupación** |  | **Nivel educativo** |  | **Edad** |  |
| **En caso de emergencia, comunicarse con:** | **Nombre** |  | **Parentesco** |  | **Teléfono** |  |
|

|  |
| --- |
| **DATOS DE LOS RESPONSABLES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTES LEGALES** |
| **Nombre del acudiente 1**(progenitores o tutor legal de NNA[[1]](#footnote-1)) |  | **N° de documento** |  | **Parentesco** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo acudiente 1** |  | **Dirección** |  |
| **Nombre del acudiente 2**(progenitores o tutor legal de NNA) |  | **N° de documento** |  | **Parentesco** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo acudiente 2** |  | **Dirección** |  |

 |
| **DATOS DEL ACOMPAÑANTE** |
| **Nombre del acompañante**(Tal cual aparece en el documento de identificación) |  | **Tipo de documento** |  | **N° de documento** |  |
| **Teléfono** |  | **Correo**  |  | **Parentesco** |  |
| **SERVICIO** |
| **Marque con una X el servicio solicitado** | Psicología Clínica y de la Salud | Terapia individual |  | Neuropsicología |  |
| Terapia de familia |  | Asesoría de Psicología Forense |  |
| Terapia de pareja |  | Evaluación Psicológica[[2]](#footnote-2) |  |
| Orientación Vocacional |  | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Convenio** |  | Entidad |  | **Particular** |  |
| **GENERALIDADES** |
| El servicio se desarrollará por el CENTRO PSICOLÓGICO WALEKER S.A.S. en la Cra. 10 #134-07, consultorio 311, Bogotá; por lo tanto, el paciente debe cumplir con las normas de bioseguridad (uso de tapabocas, lavado de manos y/o gel antibacterial) y seguir el protocolo indicado. |
| **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO** |
| La sesión de psicología es un espacio profesional, confidencial y estructurado en el que se establece un encuentro entre el psicólogo y uno o varios consultantes (en caso de llevar a cabo el servicio de terapia de pareja o terapia de familia), con el objetivo de explorar, comprender y abordar aspectos relacionados con el bienestar emocional, cognitivo, conductual o relacional. Durante la sesión se utilizan diversas técnicas y herramientas clínicas adaptadas a las necesidades del caso. El propósito central es promover la salud mental, facilitar procesos de cambio y fortalecer los recursos personales o sociales del consultante. |
| **BENEFICIOS** |
| Asistir a una sesión de psicología brinda un espacio seguro y confidencial para explorar pensamientos, emociones y conductas, lo que facilita una mayor comprensión de sí mismo y de las dificultades que se puedan estar experimentando. El profesional promoverá el espacio propicio que garantice la comodidad del paciente, lo que favorece la relación de confianza necesaria para el establecimiento del rapport, así como identificar e interpretar la conducta no verbal, ya que, a través del lenguaje corporal, el profesional podrá identificar problemas emocionales o conductuales que presenten relevancia clínica para el proceso.  |
| El manejo confidencial de la información que se suministra al profesional de psicología durante las sesiones facilita la expresión de pensamientos, sentimientos e ideas. La visión y opinión profesional es neutra y está basada en el enfoque cognitivo – conductual, el cual muestra mayor respaldo científico. Es posible que la red de apoyo de quien consulta el servicio se involucre dentro del proceso, para obtener más información del caso. |
| **RIESGOS** |
| * Las sesiones de psicología se pueden ver afectadas por eventos personales del paciente que puedan interferir con el desarrollo del espacio, siendo estas, limitaciones ajenas al profesional.
* El proceso psicológico puede confrontar al paciente con elementos para los que se perciba no contar con la preparación suficiente para aceptar, transitar o transformar.
* En algunos casos, puede desarrollarse una relación de dependencia emocional o excesiva idealización del profesional.
* Cambios personales derivados del proceso terapéutico pueden generar conflictos con familiares, pareja o personas cercanas.
 |
| **COMPLICACIONES** |
| * Los síntomas o conductas por los cuales acudo a consulta, podrían exacerbar momentáneamente la aparición de nuevos síntomas.
* Cambios personales derivados del proceso terapéutico pueden generar conflictos con familiares, parejas o personas cercanas.
* Puede haber consecuencias secundarias no esperadas, derivadas de las decisiones que se tomen dentro del proceso.
* Existe el riesgo que genere dependencia al proceso o al profesional. Existe la posibilidad que el paciente se abstenga de tomar procesos terapéuticos futuros.
* Durante el proceso de atención, pueden manifestarse síntomas que exceden el alcance del abordaje psicológico inicial, por lo cual, es posible que se requiera remisión a otros profesionales de la salud, como psiquiatría u otra especialidad de la psicología, con el fin de garantizar una atención integral y garantizar el bienestar del paciente.
 |
| **IMPLICACIONES** |
| La atención psicológica implica la exploración y el abordaje de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que pueden generar cambios significativos en el bienestar del paciente. Este proceso puede conllevar beneficios, como el desarrollo de estrategias de afrontamiento y mejora en la calidad de vida, y desafíos emocionales temporales. La información compartida durante las sesiones será tratada con estricta confidencialidad, conforme a lo establecido en la Ley 1090 de 2006 y la Ley 1581 de 2012, salvo en los casos donde exista riesgo para la vida o integridad del paciente o la de terceros, o cuando sea requerido por una autoridad competente. Al firmar este consentimiento, el paciente asegura que se le ha informado de manera clara los alcances, beneficios, riesgos y limitaciones del proceso terapéutico, así como su derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento. |
| **ALTERNATIVAS** |
| Existen diferentes formas de intervención tales como: la terapia psicoanalítica, terapia psicodinámica, terapia existencial/humanista, terapia sistémica, tratamiento psiquiátrico, tratamientos ambulatorios, tratamientos de internado u hospitalización, atención hospitalaria, terapia grupal, grupos de apoyo, atención mediante el servicio de EPS, medicina prepagada, pólizas de salud, Casa de Igualdad de Oportunidades, apoyo de programas del gobierno, servicio de atención en universidades, entre otros; a los cuales el paciente puede acceder con completa libertad como reemplazo al servicio solicitado o para ser utilizados como complemento del mismo; de igual forma, si se considera que lo mejor para el proceso es trabajar interdisciplinariamente con algún servicio que no esté especificado en este apartado, se brindará la sugerencia correspondiente y la libertad para aceptar la mejor alternativa posible. |
| **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN** |
| De acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional, la Ley 1090 de 2006 y demás normas concordantes, toda la información concerniente a la Historia Clínica, evaluación y tratamiento se encuentran cobijados por el secreto profesional, por lo que esta información no será divulgada ni entregada a ninguna otra Institución o individuo sin el consentimiento del paciente, previamente expreso. Dicha confidencialidad será quebrantada según lo estipulado en el artículo 2, numeral 5 de la Ley 1090 de 2006, si se tiene información de alguna situación que pongan en grave peligro la integridad física o mental del paciente o la de terceros, o si hay información sobre posible vulneración de derechos hacia niños, niñas y adolescentes o adultos mayores. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad será determinada por el comité terapéutico, en concepto escrito que le será puesto en conocimiento al paciente o representante legal del mismo, pero que NO tiene que contar con su aceptación expresa. De igual manera, se entiende que el tratamiento podrá ser suspendido por el paciente o su representante legal en el momento que desee, o suspendido por el profesional si considera que se está comprometiendo la integridad personal. Debido a que los procesos pueden requerir de apoyos adicionales, se entiende y autoriza expresamente que, en caso que, el profesional a cargo del proceso lo considere pertinente, se contactará a terceros con el fin de obtener mayor información y brindar herramientas para fortalecer el proceso.  |
| **COMPROMISOS** |
| El paciente y/o representante legal se compromete a ser puntual, respeta el tiempo del profesional y de otros consultantes, entendiendo que la cita tiene una duración de 50 minutos desde el momento que inicia. Ante la imposibilidad de asistir, se recibirá la cancelación hasta con 3 horas de antelación y la cita no será cobrada; si se realiza la cancelación de la cita en un tiempo menor al indicado, se realizará el cobro de la sesión, como si se hubiera efectuado. El día anterior a la fecha de la cita programada, el paciente confirmará su asistencia vía WhatsApp, por lo cual responderá de forma oportuna antes de las 3:00pm, si no se obtiene respuesta en ese lapso de tiempo, el espacio asignado para el paciente quedará disponible, por ende, asume el riesgo de perder el espacio programado. Se realizará el pago de las sesiones ANTES de iniciar la cita. Para efectuar una siguiente sesión, el paciente y/o representante legal debe estar a paz y salvo en el pago de las sesiones. |

Al firmar el consentimiento, el paciente y/o represéntate legal manifiesta que ha leído, comprendido y accedido a todo lo anteriormente mencionado, aceptando su contenido y las consecuencias que de él se deriven; de esta manera, señala que acepta:\_\_\_\_\_ / se niega:\_\_\_\_\_\_ a participar en este proceso psicológico, entendiendo que el profesional a cargo del caso es quien que se hará responsable de brindar la mejor atención posible.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RC o TI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante 1

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante 2

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del profesional

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T.P.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de COLPSIC

1. Niños, niñas y adolescentes [↑](#footnote-ref-1)
2. Aplicación de pruebas psicotécnicas, evaluación para la certificación de Animal de Apoyo Emocional, Certificado de Funcionalidad Psicológica [↑](#footnote-ref-2)