**CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÍA FORENSE 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** | | | | Evaluación Psicológica Forense |  | Valoración Psicológica Forense | | |  |
| **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 evaluación/valoración psicológica forense es un proceso técnico, que NO tiene fines terapéuticos, sino probatorios legales, orientado a recopilar y analizar información sobre el funcionamiento psicológico de una persona. Incluye entrevistas (las cuales serán grabadas únicamente en audio), pruebas psicológicas y revisión documental, y sus resultados se consignan en un informe destinado exclusivamente al proceso legal correspondiente. La participación es completamente voluntaria, pero su negativa o interferencia puede ser informada a la autoridad solicitante, garantizando siempre la confidencialidad y el respeto por los derechos del evaluado. |
| **BENEFICIOS** |
| La evaluación/valoración psicológica forense permite aportar información especializada y objetiva que puede contribuir a esclarecer hechos relevantes dentro de un proceso judicial, facilitando una mejor comprensión del estado psicológico del evaluado en relación con el caso y apoyando la toma de decisiones por parte de las autoridades competentes. |
| Además de su utilidad en el ámbito legal, la evaluación psicológica forense puede brindar al evaluado una mayor comprensión de su propio funcionamiento emocional y conductual. En algunos casos, también puede servir como base para recomendaciones de atención psicológica o intervención especializada posterior. |
| **RIESGOS** |
| Durante la evaluación/valoración psicológica forense pueden surgir malestares emocionales temporales al abordar experiencias difíciles o sensibles. También existe el riesgo de la obtención desfavorables para el caso según los hallazgos del informe, pues el proceso evaluativo y analítico, se realiza de manera totalmente objetiva, ya que cuenta con alto rigor profesional y ético que protegen la dignidad y los derechos del evaluado. |
| La persona evaluada puede experimentar sensaciones de pérdida de control, ya que la información obtenida no puede ser modificada ni retirada una vez consignada en el informe, y este puede ser utilizado como prueba en el proceso judicial. Asimismo, si el evaluado proporciona información falsa o incompleta, puede afectar la validez del informe y generar consecuencias legales. |
| **COMPLICACIONES** |
| * Se puede presentar la exacerbación momentánea de síntomas o generar la aparición de nuevos síntomas. * Podría existir dificultad para recordar o narrar eventos relevantes. * La persona evaluada puede mostrar resistencia a colaborar durante entrevistas o pruebas. * La persona evaluada podrá NO comprender del carácter NO terapéutico del proceso. * Existe la posibilidad de patrones de simulación, sobresimulación o disimulación por parte de la persona evaluada. * Podrían presentarse interferencias externas debido a interacciones con terceros (familia, proceso legal, etc.). |
| **IMPLICACIONES** |
| Los resultados de la evaluación/valoración psicológica forense pueden tener implicaciones legales, sociales o personales para el evaluado, ya que el informe generado podrá ser utilizado como prueba dentro de un proceso judicial. Esto implica que los hallazgos podrán influir en decisiones tomadas por autoridades competentes y, en algunos casos, permanecer como parte del expediente legal de forma permanente. |
| **ALTERNATIVAS** |
| Existe apoyo desde fundaciones u otras entidades como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Casas de Justicia, Fiscalía (especialmente CAVIF y CAIVAS), SIJIN y CTI, Defensoría del Pueblo, ICBF, Defensorías de Familia, INIF, Secretaría Distrital de la Mujer, Comisión Colombiana de Juristas, Corporación Opción Legal, Aldeas Infantiles, Corporación Infancia y Desarrollo, UNICEF, Casa de Igualdad de Oportunidades, apoyo de programas del gobierno, servicio de atención en universidades, entre otros; a los cuales puedo acceder con completa libertad como reemplazo al servicio solicitado o para ser utilizados como complemento del mismo; de igual forma, si el psicólogo(a) del Centro Psicológico Waleker considera que lo mejor para el proceso es trabajar interdisciplinariamente con algún servicio que no esté especificado en este apartado, tendrá la libertad realizar la sugerencia correspondiente. |
| **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN** |
| El proceso de evaluación/valoración psicológica forense NO tiene fines terapéuticos, sino probatorios legales, por lo cual toda la información recolectada en este proceso NO está amparada bajo el secreto profesional y el contenido de esta puede ser conocido por terceros dentro del proceso legal. Según el artículo 33 de la Constitución Política de Colombia no estoy obligado a dar declaraciones en contra mía, de mi cónyuge, compañero(a) permanente o familiares cercanos. De igual, las sesiones no serán grabadas sin mi consentimiento (voz, video o ambas) y sólo se grabarán si el profesional lo considera estrictamente necesario; por último, los resultados de esta Evaluación/Valoración plasmados en el informe resultante, responden a las circunstancias concretas en que fue solicitado, en este caso, la solicitud de Evaluación/Valoración de Psicología Forense por lo tanto, **NO pueden ser usados para otros fines.** |
| **COMPROMISOS** |
| El paciente 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 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)