**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO PSICOLÓGICO**

**AUTORIZAR PROCESO PSICOLÓGICO E INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con documento deIdentidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades   legales, mentales, cognoscitivas y volitivas y/o en representación del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo, a la Empresa Apoyo Emocional, para que realice evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento psicológico, de acuerdo con los conocimientos y cualificación del personal que designa la empresa. Igualmente advierto que se me ha puesto en conocimiento, y acepto, las terapias y procedimientos que el terapeuta considere son las adecuadas para mi condición psicológica.

**Acerca del servicio:** se me ha informado de rol del terapeuta, sus cualificaciones y alcances profesionales, los procedimientos terapéuticos y sus propósitos, las incomodidades o riesgos potenciales que se pueden derivar del proceso, los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, asistencia y compromiso con el proceso sean los indicados; alternativas posibles a la terapia dentro de la disciplina científica y los recursos del medio para brindarme apoyo. Que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. Los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos según disposiciones de ley.

También se me explicó lo concerniente a la forma de pago y circunstancias relacionadas del incumplimiento de las citas o deserción por parte mía o del terapeuta. así mismo, que al venir a proceso psicológico estoy aceptando un servicio para el cual debo suministrar la información necesaria para obtener beneficios del proceso

**Con relación al servicio**, este lo recibiré de parte de un psicólogo o profesional graduado, quien cuenta con su Tarjeta Profesional/Registro ante la seccional de Salud de Antioquia, con la experticia, idoneidad para el ejercicio de sus actividades.

**Historia clínica**, se me informa y acepto, que los datos de mi historia clínica sean parte de procesos de investigación de la Empresa Apoyo Emocional, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato, adicionalmente autorizo con la firma de este documento que mi historia clínica sea suministrada a terceros en caso de que sea requerida para fines terapéuticos y/o jurídicos, según las disposiciones de ley.Este documento es avalado por el comité de ética de la APA (American Psychological  Association) y se encuentra en elmarco de la LEY 1090 DE 2006.

Acepto las condiciones que se me presentan en este contrato, dado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos del paciente** | **Nombres y apellidos responsable del paciente** | **Nombres y apellidos Psicólogo y/o profesional** |
| Firma: | Firma: | Firma |
| T.I/NUIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | C.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  T.Profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |