**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PARA INTERVENCION PSICOLOGICA EN PAREJAS**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con la cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos a usted (es) nuestra aceptación de la intervención psicoterapéutica ofrecida por **Psi. Liliana Astrid Arciniegas Ochoa** y declaramos que nos ha sido explicado y entendemos las condiciones generales que implican dicho proceso.

1. **USO DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS**

Manifestamos que tenemos todo el conocimiento y aceptamos que la intervención psicoterapéutica sea atendida por la profesional Psi. Liliana Astrid Arciniegas Ochoa, además que, toda información concerniente a nuestro diagnóstico, evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video, foto o reporte escrito, *son confidenciales* y no serán divulgadas a ninguna otra institución o individuo sin nuestro consentimiento expreso; excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entendemos y, por lo tanto, estamos de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de alguno de los miembros de la pareja participante, o algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación será determinada por la Psicóloga tratante en concepto escrito que será puesto en nuestro conocimiento, pero que no tiene que contar con nuestra aceptación expresa. Lo anterior de acuerdo a la ley 1090 del 2006.

1. **MODELO DE TRATAMIENTO**

El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico validado, de acuerdo a la problemática que presente. Se impartirá por sesiones, serán mínimo seis (6) sesiones distribuidas así: Primera y sexta sesión se realizarán en pareja y de la segunda sesión a la cuarta se realizarán intervenciones individuales intercaladas entre el miembro de la pareja #1 y miembro de la pareja #2. En las primeras sesiones el profesional se informará del problema y lo discutirá con Ud.(s) hasta obtener información relevante que le permita realizar un diagnóstico y evaluación adecuados y posteriormente plantear un tratamiento a seguir.

1. **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo/a para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por Uds. El proceso de atención psicológica **requiere de su total compromiso en cuanto a: asistencia, puntualidad, sinceridad y participación** **y además de su colaboración** al diligenciar una serie de documentos y/o pruebas psicológicas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para el diagnóstico, evaluación y posterior tratamiento.

1. **ACEPTACION DEL CONSENTIMIENTO**

Aceptamos y autorizamos que la Psi. Liliana Astrid Arciniegas Ochoa, de ser necesario, a consultar nuestro caso con otros profesionales terceros expertos, o que, en dado caso, lo remita a consulta con especialistas para brindarnos el mejor tratamiento posible. El resultado de la consulta nos será comunicado verbalmente.

Entendemos y aceptamos que la intervención psicológica a la que seremos sometidos será llevada a cabo entendiendo el mejor esfuerzo del profesional encargado.

En forma expresa manifestamos que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y, en consecuencia, aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Firmas de la pareja

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

CC No. CC No.

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

Liliana Astrid Arciniegas Ochoa

Psicóloga Reg. 17064 Minsalud