**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sr(a) usuario/a, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene por objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltela con el/la Psicólogo/a que lo va atender.

1. **USO DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS**

Toda información concerniente a su 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 su consentimiento expreso, excepto cuando la orden provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

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, las primeras sesiones el profesional se informará del problema y lo discutirá con Ud.(s) hasta obtener información relevante que le permita 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 la evaluación y tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por Ud. El proceso de atención psicológica **requiere de su compromiso de 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. **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con la cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_manifiesto:

1. Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento, servicio ofrecido por la profesional en psicología **Ps. LILIANA ASTRID ARCINIEGAS OCHOA** y que me ha sido explicado y entendido por mi y cuyas condiciones generales me ha aclarado la psicóloga.
2. Que la información que le brindo a la psicóloga es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.
3. Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que dé él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

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

Firma de la paciente

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

Firma del profesional