

AUTORIZACION DE PROCESO PSICOLÓGICO E INFORMACIÓN A TERCEROS

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Nombres y apellidos: | |
| Fecha de nacimiento: | Tipo de identificación: |
| Ciudad de nacimiento: | Número de Identificación: |
| Edad: | Sexo: |
| Estado Civil: | Religión profesada: |
| Escolaridad: | Pertenencia a grupos: |
| Dirección de residencia: | Teléfono de contacto: |
| Ocupación: | Lugar de trabajo: |
| Lugar de intervención: | |

Haciendo uso pleno de mis facultades legales, mentales y cognoscitivas, declaro que de manera libre y voluntaria autorizo a la psicóloga Diana Carolina López R., para que realice evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico de acuerdo con los conocimientos y cualificación propios de su ejercicio profesional y en formación supervisada.

Se me ha ilustrado de manera clara y precisa, en virtud de los derechos y deberes establecidos en el decreto 1090 de 2006 y demás lineamientos de la prestación de servicios psicológicos, los siguientes aspectos:

1. Se me ha explicado el rol de la psicóloga, sus cualificaciones, alcances profesionales y el acompañamiento.
2. Se me ha informado sobre el funcionamiento del proceso psicológico, posibilidades de mejoramiento, duración estimada, aplicación de técnicas y pruebas pertinentes.
3. Se me ha indicado que la atención se podrá realizar en modalidad presencial o virtual, mediada por tecnologías de la información, y conozco las condiciones mínimas requeridas para recibir dicho servicio.
4. Me comprometo a suministrar información clara, veraz y completa que favorezca el proceso terapéutico.
5. La información que brinde será confidencial, salvo en los casos en que la ley disponga su revelación (riesgo para mí o para terceros).
6. Conozco los riesgos potenciales y beneficios razonables del proceso terapéutico, los cuales dependen también de mi compromiso y asistencia.
7. Entiendo la posibilidad de ser remitido a otros profesionales de la salud en caso de ser necesario.
8. Puedo realizar preguntas y solicitar explicaciones en cualquier etapa del proceso, las cuales serán respondidas oportunamente.
9. Tengo derecho a dar por terminada mi relación terapéutica en cualquier momento.
10. Se me informó sobre la política de reagendamiento y cancelación: en caso de no asistir, debo notificar con al menos un día de anticipación..
11. Autorizo, mediante la firma de este documento, que mi historia clínica pueda ser

suministrada a terceros en caso de requerirse con fines terapéuticos y/o jurídicos conforme a la ley.

12. Conozco la legislación vigente en Colombia sobre protección de datos (Ley 1581 de 2012).

13. Entiendo los posibles riesgos asociados al uso de tecnologías de la información (virus, hackeos, fallas técnicas), y que se tomarán medidas preventivas para reducirlos.

15. Declaro que no presento un diagnóstico previo que represente un riesgo específico para la atención psicológica.

Así mismo, entrego los datos de contacto de una persona de apoyo:

Nombre completo: _____

Documento: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Manifiesto que he comprendido cada punto y acepto las condiciones aquí descritas.

Dado en _____, a los ____ días del mes de _____ del año ____.

FIRMAS:

Paciente:

Nombre completo: _____

Firma: _____ Identificación: _____

Psicóloga en formación:

Diana Carolina López R.

Firma: _____ Identificación: _____

TP: _____ RETHUS: _____