**AUTORIZACION DE PROCESO PSICOLÓGICO E INFORMACIÓN A TERCEROS “Asistido” adolescente entre los 14 y 18 años**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y apellidos: |  | | | | | |
| Fecha de nacimiento: |  | Tipo de identificación: | | |  | |
| Cuidad 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: | Campus Santa Rosa | |  | Edificio Coltejer | |  |

Nosotros, obrando en calidad de representantes legales, y a nombre propio del (la) joven \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con la T.I./NUIP No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y en conjunto, haciendo uso pleno de nuestras facultades legales, mentales y cognoscitivas, declaramos que de manera libre y voluntaria autorizamos, al Centro de Servicios Psicológicos de la Fundación Universitaria Católica del Norte, para que realice evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento psicológico de acuerdo con los conocimientos y cualificación de los profesionales y profesionales en formación que designa el programa de psicología, para las prácticas clínicas.

También se nos ha ilustrado de manera clara y precisa en virtud de los derechos y deberes establecidos en el decreto 1090 de 2006 y otros lineamientos reglamentarios de la prestación de servicios psicológicos, de los siguientes aspectos:

* Se nos ha explicado el rol del terapeuta, sus cualificaciones y alcances profesionales; de la psicóloga Johana Andrea Alvarez Monsalve quien cuenta con la experticia, idoneidad y cualificación requerida para el ejercicio de dicha función.
* Lo relacionado con el funcionamiento del proceso psicológico, las posibilidades de mejoramiento, la duración del tratamiento y la aplicación de técnicas y pruebas psicológicas pertinentes.
* Se espera que nuestro(a) hijo(a) pueda entregar de manera clara y honesta, la información que sea necesaria para beneficios de su proceso terapéutico.
* La información recibida por el terapeuta tiene un carácter confidencial y sólo podrá ser revelada a entes autorizados por la ley, si durante el tratamiento se detecta algún riesgo en la integridad de nuestro(a) hijo(a) o la de terceros.
* Los riesgos potenciales relacionados con el proceso de atención psicológica.
* Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando nuestra participación, asistencia y compromiso y la nuestro(a) hijo(a) con el proceso sean los indicados.
* La posibilidad de que nuestro(a) hijo(a) podría ser remitido para consulta y manejo de otros profesionales de salud y/o salud mental.
* Podemos, al igual que nuestro(a) hijo(a) formular preguntar y solicitar explicaciones que serán respondidas por el terapeuta siempre que sea necesario en cualquier etapa del proceso.
* Podemos terminar la relación de nuestro(a) hijo(a) con el psicólogo y finalizar el proceso en cualquier momento del mismo, siempre que lo consideremos necesario.
* También se nos explicó lo concerniente a la forma de pago y circunstancias relacionadas con del incumplimiento de las citas o deserción por parte nuestra o del terapeuta.
* Autorizamos con la firma de este documento que la historia clínica de nuestro(a) hijo(a) sea suministrada a terceros en caso de que sea requerida para fines terapéuticos y/o jurídicos, según las disposiciones de ley.
* Se nos ha planteado lo relacionado con la legislación actual de Colombia con respecto a la protección de datos: Ley 1581 de 2012.
* **Entregamos los datos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que tiene el siguiente parentesco con nosotros\_\_\_\_\_ y quien puede ser contactado en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el caso que la condición psicológica de nuestro(a) hijo(a) requiera de una red de apoyo segura y así lo determine el psicólogo**.

Hacemos constar que tenemos claridad en cada uno de los ítems y aceptamos las condiciones que se presentan en este contrato, dado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para constancia firman:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos del paciente:** | |
|  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:** | |
| **Identificación:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos Acudiente 1:** | | **Nombres y Apellidos Acudiente 2:** | |
|  | |  | |
| **Parentesco:** |  | **Parentesco:** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:** | |
| **Identificación:** |  | **Identificación:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos de la psicóloga :** | |
|  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:** | |
| **CC.** |  |
| **TP.** |  |
| **RETHUS.** |  |