**AUTORIZACION DE PROCESO PSICOLÓGICO E INFORMACIÓN A TERCEROS “Pleno”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: |  |  | | |

Haciendo uso pleno de mis facultades legales, mentales y cognoscitivas, declaro que de manera libre y voluntaria autorizo, a la Psicóloga Isabella Rodriguez Mesa, para que realice evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento psicológico de acuerdo con los conocimientos y cualificación, que tiene la profesional.

También se me 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 me ha explicado el rol del terapeuta, sus cualificaciones y alcances profesionales; para el caso referido al psicólogo profesional, que 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.
* Es mi obligación entregar de manera clara y honesta, la información que sea necesaria para beneficios de mi 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 mi tratamiento se detecta algún riesgo en mi integridad o la de terceros.
* Los riesgos potenciales relacionados con el proceso.
* Los beneficios razonables que se pueden esperar, siempre y cuando mi participación, asistencia y compromiso con el proceso sean los indicados.
* La posibilidad de ser remitido para consulta y manejo de otros profesionales de salud y/o salud mental.
* Puedo formular preguntar y solicitar explicaciones que serán respondidas por el terapeuta siempre que sea necesario en cualquier etapa del proceso.
* Puedo terminar mi relación con el psicólogo y finalizar el proceso en cualquier momento de este.
* También se me explicó lo concerniente a la forma de pago y circunstancias relacionadas con del incumplimiento de las citas o deserción por parte mía o del terapeuta.
* Se me informa y acepto, que los datos de mi historia clínica sean parte de procesos de investigación, siempre y cuando no se vea revelada ni afectada mi intimidad y derecho al anonimato.
* 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.
* Se me ha planteado lo relacionado con la legislación actual de Colombia con respecto a la protección de datos: Ley 1581 de 2012
* Entrego los datos de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con tipo de documento \_\_\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que tiene el siguiente parentesco conmigo\_\_\_\_\_\_\_\_ y quien puede ser contactado al número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el caso que mi condición psicológica requiera de una red de apoyo segura y así lo determine el psicólogo.
* He declarado que no presento diagnóstico previo de condiciones de salud mental que puedan representar un riesgo específico para la atención presencial.

Hago constar que tengo claridad en cada uno de los ítems y acepto las condiciones que se me presentan en este contrato, dado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para constancia firman:

|  |
| --- |
| **Nombres y Apellidos del paciente:** |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma:**

**Identificación:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Johana Andrea Álvarez Monsalve

**Firma**

|  |  |
| --- | --- |
| **CC.** |  |
| **TP.** |  |
| **RETHUS.** |  |