**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 Johana Andrea Alvarez Monsalve, 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; 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.
* Se me ha informado que la atención se realizará exclusivamente en modalidad de telepsicología; es decir, mediada por recursos de nuevas tecnologías de la comunicación e información y se me han indicado las condiciones mínimas que debo asegurar para recibir este tipo de atención.
* 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 de atención psicológica.
* 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.
* Se me ha planteado sobre los riesgos potenciales que se pueden derivar del proceso por aspectos derivados del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, entre ellos los posibles Jackes o virus, sin embargo, se hace claridad que se tendrán las precauciones para minimizar dichos riesgos.
* 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 en telepsicología.

.

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 alvarez Monsalve**

**Firma**

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