|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REMISIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres | | | | |  | | | | | Apellidos | | | | |  | |
| Tipo documento de identidad | | | | |  | | | | | N° documento | | | | |  | |
| Edad | | | | |  | | | | | Sexo | | | | |  | |
| Dirección | | | | |  | | | | | Teléfono | | | | |  | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL ACUDIENTE (Menores de edad)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres | | | | |  | | | | | Apellidos | | | | |  | |
| Tipo documento de identidad | | | | |  | | | | | N° documento | | | | |  | |
| Dirección | | | | |  | | | | | Teléfono | | | | |  | |
| Correo electrónico | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPS: | | |  | ARS: | | | |  | ICBF: | |  | | Comisaria de familia: | | |  |
| Otro: | | |  | Cual: | | |  | | | | | | | | | |
| **SERVICIO O PROFESIONAL REQUERIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Neuropsicología: | | |  | Neurología: | | | |  | Psiquiatría | | |  | | Psicopedagogía: | |  |
| Médico general: | | |  | Fonoaudiología: | | | |  | Asesoría legal: | | |  | | Terapia familiar: | |  |
| Otro: | | |  | Cual: | | |  | | | | | | | | | |
| **SINTESIS DEL PROCESO REALIZADO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de Sesiones: | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Impresión Diagnóstica: | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Motivo de remisión:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Observaciones:** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **LEGALIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esta remisión se expide con base en el **consentimiento informado** otorgado por el(la) paciente/acudiente, de conformidad con: • Ley 23 de 1981 (arts. 34 y 35, historia clínica); Ley 1090 de 2006 (arts. 34-37, secreto profesional del psicólogo); • Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y la Política Institucional de Protección de Datos Personales disponible en <https://ucn.edu.co/politica-de-proteccion-de-datos> ; • Ley 2015 de 2020 y la normativa reglamentaria sobre **Historia Clínica Electrónica Interoperable**; • Jurisprudencia de la Corte Constitucional (sentencias T-402 de 2024 y T-153 de 2024).  La historia clínica y los documentos anexos constituyen **datos personales sensibles** sometidos a **reserva reforzada**. Su uso se autoriza **únicamente** para la evaluación y/o intervención psicológica indicada en esta remisión. **Queda prohibida** su reproducción, divulgación o tratamiento para fines distintos sin nueva autorización expresa del titular o mandato judicial.  Una vez entregada la documentación al(la) paciente/acudiente, **la custodia y tratamiento posteriores son de exclusiva responsabilidad del (la) paciente/acudiente y del profesional o entidad externa** que la reciba. Dicho receptor se obliga a:   1. Garantizar medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad, trazabilidad y conservación. 2. Tramitar los derechos de acceso, rectificación, supresión u oposición que solicite el titular. 3. Destruir o devolver las copias cuando haya cumplido la finalidad autorizada.   La psicóloga Johana Andrea Alvarez Monsalve no asume responsabilidad por el uso, conservación o divulgación que terceros hagan de la información. Se recomienda al (la) paciente/acudiente asegurarse de que el profesional externo o entidad elegida cumpla con las obligaciones legales en materia de confidencialidad, tratamiento de datos personales y secreto profesional.  **Nota:** La elección del profesional o entidad externa es **libre y voluntaria**. La presente remisión **no genera vínculo contractual** ni implica supervisión o garantía sobre la atención prestada fuera del Centro de Servicios Psicológicos *San Agustín de Hipona*. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Constancia de Recepción:* | | | | | | | | | Firma:  *Paciente/Acudiente.* | | | | | | | |
| Nombre: | |  | | | | | | |
| Tipo documento de identidad: | | | | | |  | | |
| N° documento: | | | | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma:  *Psicólogo Supervisor:* | | |
| Nombre: |  | |
| Identificación: | |  |
| Tarjeta Profesional: | |  |
| Rethus: | |  |