

## **Consentimiento Informado para Servicios de Telepsicología**

### ***Información***

La Telepsicología, inscrita en el concepto general de la Telesalud, es la práctica de la psicología a través del uso de la tecnología (TICs), como herramienta de acceso y mediación entre el profesional y el paciente, en cualquiera de las fases de la atención en salud como: la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en el campo de la salud mental a nivel individual, familiar o comunitario. La autorización de la Telepsicología, sea como paciente o representantes legales del menor de edad, consienten la utilización de las tecnologías (TICs) de la telepsicología, de forma sincrónica (videoconferencia, llamada telefónica,—entre otros-) y asincrónica (correo electrónico,—entre otros-) para el desarrollo de actividades de forma autónoma (pruebas, ejercicios, etc.), como estrategias de recolección de datos o validación, para así, determinar cuáles son las problemáticas específicas que está presentando, del cual se establecerá un plan de tratamiento que le permitirá trabajar en estas problemáticas y en la medida de lo posible, llegar a solucionarlas. Para que este proceso de atención de telepsicología tenga éxito, es fundamental una infraestructura y mediación de proveedores de dicho servicio, en tal sentido, el uso de herramientas tecnológicas (TICs) en la TelePsicología trae consigo beneficios como: a) Maximización del tiempo personal, familiar y labor al eliminar tiempo de desplazamiento para acceder a la atención, b) Mediación de la tecnología para adelantar acciones de evaluación entre consulta y consulta, c) mejoramiento en el seguimiento y monitoreo del cambio de forma constante y con retroalimentación inmediata, d) contribuir en la mejora de tratamientos al poder articularlos con ejercicios modelados, estrategias complementarias, etc., mejorando los resultados y la eficiencia de la intervención, e) incremento en la eficiencia y reducción de los costos de tratamiento

De otra parte, existen riesgos en las herramientas tecnológicas (TICs) asociadas a: a) El almacenamiento y transmisión de la información que podría verse alterada o limitada por fallas técnicas ocasionando retrasos en el acceso o entrega de resultados, dependiendo de un tercero para su solución, b) en algún caso y dadas las características personales, el acompañamiento psicológico por telepsicología, puede llegar a no ser suficiente para el paciente y requerir la derivación a un colega para la atención personal, e) en menor medida, la violación del nivel de seguridad a la plataforma, donde se aloja la información por una persona no autorizada exponiendo la privacidad de la información del paciente.

En este sentido, confirmo que se me ha informado: a) acerca de la confidencialidad de la información y que esta podrá ser revelada solo en caso en que el profesional identifique que existe un comportamiento potencialmente dañino durante la evaluación o tratamiento, es decir, que atente contra mi vida o la vida de terceros, según la ley 1090, b) que conoceré y seré retroalimentado de los resultados de las pruebas aplicadas, c) que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la Telepsicología en cualquier momento del

proceso en que esté o de la atención de mi hijo(a) sin perjuicio alguno en el presente, o limitar a futuro el derecho a recibir atención, d) el derecho a permitir o negar la grabación de las sesiones, siempre previa autorización explícita de mi parte. Autorización Al firmar este documento, autorizo al psicólogo a iniciar el proceso de intervención desde la Telepsicología, de acuerdo con las características antes mencionadas y que me fueron explicadas, se me permitió preguntar y ser resueltas las dudas.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ acepto participar en el proceso de atención desde la telepsicológica,  
ofrecido por el Psicologo/a \_\_\_\_\_.

La presente se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año  
20\_\_\_\_\_

Firmas:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Psicólogo