

Señor(a) Usuario, este documento que tiene como objetivo explicarle sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención por parte del servicio de psicología como paciente de Health & Life IPS.

Yo, _____, identificado(a) con _____ (tipo de documento) número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por Health & Life IPS, y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla la institución.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS Entiendo que toda la información concerniente a mi evaluación y tratamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y, por lo tanto, estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física, mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación estará sujeta a bajo los lineamientos de la ley 1090 del 2006, lo anterior será puesto en mi conocimiento, pero no tiene que contar con mi aceptación expresa.

2. TRATAMIENTO El tratamiento que recibiré es fundamentado bajo el modelo psicológico basado en la evidencia, con el fin de propender por un proceso eficaz y eficiente, de igual forma, entiendo que dicho tratamiento se le realizarán ajustes de ser necesario durante el tiempo de la intervención.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por mí.

Recuerde que el proceso de atención psicológica requiere de su compromiso y participación, además de su colaboración en diligenciar o responder una serie de documentos y/o pruebas psicológicas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

Por lo anterior, entiendo y acepto en forma expresa a ustedes que he leído y comprendo íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven, finalmente declaro:

- Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

Firma: _____
Nombre de Paciente: _____
Documento: _____
Fecha: _____ DDD/MM/AAA

Firma: _____
Nombre Profesional: _____
T.P.: _____
Cargo: _____

Firma: _____
Parentesco: _____
Nombre de cuidador/familiar responsable: _____
Documento: _____