

Consentimiento – Disentimiento informado
Intervención virtual o presencial entorno cuidador educativo

Certifico que el documento sobre consentimiento informado lo he leído. He recibido y comprendido la información sobre la orientación y apoyo en salud mental y sus beneficios. El propósito es brindar ayuda psicológica y orientación por parte del o la profesional especializado(a) en psicología clínica o en psicología general según aplique ante la problemática o evento _____ con él o la estudiante _____ identificado con documento No, _____

Se me ha explicado que se tiene la posibilidad de participar entre cuatro o más sesiones contando con la orientación y la canalización respectiva a la ruta de atención integral de salud y/o servicios Distritales intersectoriales y/o servicios sociales del Distrito Capital, de alguno o algunos de los miembros de mi grupo familiar o de apoyo en caso necesario.

De igual manera, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Subred, la EAPB (“EPS”) a la que pertenezco y la Secretaría Distrital de Salud para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, mayor información en la página WEB http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Proteccion_Datos_P.pdf, para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descrito en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Salud.

De acuerdo a lo anterior, se me ha informado que estoy en libertad de aceptar o no el proceso que se me ha ofertado y explicado previamente y recibir las sesiones de apoyo, así como la canalización o canalizaciones requeridas a salud, servicios Distritales intersectoriales y/o servicios sociales del Distrito Capital. En ese mismo sentido, puedo desistirme de no iniciar o interrumpir el proceso de orientación profesional desde psicología.

Explicado y comprendido sobre las canalizaciones, manejo de datos y el apoyo psicológico que se me ofrece por parte de la subred integrada de servicios de salud _____ y la Secretaría Distrital de Salud.

ACEPTO ☒ NO ACEPTO ☐ El apoyo profesional en psicología ofrecido.

Firma _____

Nombres completos de quien autoriza _____

No. Doc. _____