Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Documento Identidad, doy permiso y consentimiento al Profesional, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien es Psicóloga/a Registrada/o para proporcionarme consejería profesional. Doy permiso y consentimiento a mi consejero residente en Villavicencio, Colombia para que la prestación de consejería psicológica, evaluación y tratamiento.

De igual manera, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente resido en, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Villavicencio, Meta. Me comprometo a mantener actualizados mis datos. En caso de cambio de lugar desde donde realiza una sesión (por cambios de residencia, viaje, vacaciones, etc.), lo comunicaré por el medio establecido

**Calificaciones Profesionales**

Entiendo que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es responsable de todos los aspectos de los servicios psicológicos. Mi consejero está registrado/a en el Colegio de Psicólogos de y cuenta con la capacitación necesaria para brindar servicios psicológicos mediante título/s: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Si deseo contactar, puedo hacerlo mediante el número telefónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; El mail, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En los horarios de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Puede solicitarme información que verifique mi titulación y registro profesional.

Proporciono una persona de referencia / contacto para el caso de ser necesaria la comunicación. La persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha sido informada de estar en atención con el/la profesional, y atendería en caso de urgencia o no contacto no solicitado por mi como cliente / paciente.

La consejería no es como una visita al médico. Para que sea exitosa, trabajaremos en los aspectos acordados en cada encuentro y entre sesiones.

Dado que la consejería implica modificar aspectos de mi vida y hacer cambios en mis creencias o comportamientos, puedo experimentar sentimientos incómodos y cambios en mis relaciones. La consejería puede tener beneficios y algunos riesgos.

No hay garantías en la consejería. Tengo derecho a hacer preguntas sobre cualquier cosa que suceda en la consejería. Tengo derecho a rechazar cualquier cosa que sugiera mi psicóloga (consejera). Puedo pedirle a mi consejera que trate algo que creo que podría ser útil. Soy libre de dejar la consejería en cualquier momento. Entiendo que a veces será fácil para mí asistir a una sesión y puede darse el caso de cancelar una sesión, aunque pueda asistir. Entendiendo que es parte del proceso de consejería, consiento en llevar a cabo con mi consejera las pautas que se establezcan y cumplir los acuerdos establecidos.

**Limitaciones de la psicoterapia en línea.**

Entiendo que la orientación a distancia es una experiencia con diferencias en comparación con las “sesiones presenciales”, entre las que se encuentran señales visuales, comportamientos corporales no verbales y de audio en el proceso de terapia a la que usted puede haber llegado a esperar anteriormente.

Comprende que no es un sustituto de la medicación bajo el cuidado de un psiquiatra o un médico. Entiende que no es apropiada si está experimentando una crisis o tiene pensamientos suicidas u homicidas. En la primera sesión estableceremos si aplica su solicitud al servicio profesional que puedo abordar, indicándole el enfoque y herramientas.

Tiene presente que los encuentros online dependen de la conectividad, intervienen tanto el equipo desde el cual se conecta, así como la compañía que le provee de internet. Si en los encuentros se dan interferencias o cortes, de manera transitorio o continua que impidan la sesión, que se deban a su conexión deberán ser solucionadas por su proveedor de servicios o su equipo. Toda incidencia no atribuible al equipo y servicios del profesional no podrá ser su responsabilidad y por lo tanto la sesión, salvo acuerdo entre partes, se daría por realizada o pospondría según se establezca. Al aceptar y solicitar sesiones online es consciente de esta realidad mediada por la tecnología y tener el acceso a conexión.

**Emergencias**

Las consejerías online solo cubren intervención en crisis. En el caso de una emergencia, debo marcar el número de emergencia de la EPS, contactar a una unidad móvil de crisis, contactar a mi médico de familia o ir a emergencias de cualquier hospital.

**Procedimiento en fallas tecnológica**

La conexión puede verse interrumpida tanto para el consejero como para el estudiante: Puede ser re agendada, de ser necesaria o por intervención en crisis puede intentarse con otro consejero.

Documentación de diagnóstico, pronóstico, estado de salud o discapacidad

Entiendo que si necesito atención especializada que no compete a la consejería por mi diagnóstico acudiré a mi EPS.

Cobertura del acompañamiento por la consejería: esta será dada de forma inicial y en aspectos que impliquen los factores que afecten mi permanencia, y no se un tratamiento psicoterapéutico.

Privacidad de la información personal

Los datos relacionados con mi consejería psicológica siguen la reglamentación del colegio de psicólogos de Colombia. Algunos aspectos de mi atención profesional serán supervisados ​​por profesional supervisor clínico, que tendrá acceso a mi expediente clínico e información personal para fines de seguimiento.

*No se permite grabaciones de las sesiones, excepto con el acuerdo por escrito del psicólogo, protegidas con los medios adecuados y para el uso determinado.*

Entiendo que mi consejero recopila información personal sobre mí en la historia clínica, y relacionada con terceras personas si es el caso del tipo de atención. La información se guarda en:

* COMPUTADOR Y MEDIO DE ENCRIPTACIÓN – CARPETA CON CONTRASEÑA DE ACCESO
* IMPRESOS EN ARCHIVADOR CON LLAVE EN PODER DEL PREU.

Entiendo que tengo el derecho de revisar y el derecho a una copia de mi información personal. La documentación debe conservarse en un lugar seguro durante un mínimo de 5 años después de la última fecha de contacto.

Se establece un consentimiento expreso si se va a tratar mi información clínica o personal con otras personas. Profesionales de salud (médico, psiquiatra, psiquiatra), orientador (servicios sociales) y / o familiares, pareja, etc.

Entiendo que también que pueden tener acceso limitado a mi información personal de salud algunos profesionales externaos. Estos pueden incluir coordinador del PREU e ingeniero de sistemas del PREU, proveedores de tecnología en la nube como fax por Internet, correo electrónico y alojamiento web, y limpiadores. Su acceso a cualquier información personal se otorgará solo según sea necesario, regido por los principios de privacidad apropiados.

* Política comunicación. Llamadas telefónicas, correo electrónico y otros sistemas de comunicación

Las comunicaciones se llevarán a cabo mediante una plataforma encriptada / servicio de videoconferencia (MEET, ZOOM, TEAMS). No debo guardar Llamadas telefónicas. Si me llama, por favor tenga en cuenta que a menos que ambos estemos en teléfonos seguros, la conversación no es confidencial.

Entiendo que el correo electrónico, o mensajería de uso personal (WhatsApp, Facebook, hangout, Instagram) no es una forma segura de comunicación y que la información presentada electrónicamente no es 100% segura.

Si decido comunicarme por correo electrónico con mi consejero por esos medios, definidos bajo acuerdo por los cuales se le dará respuesta, limitará la información enviada por correo electrónico a aspectos no relacionados con su situación específica. Entiendo que soy responsable de salvaguardar cualquier comunicación electrónica que descargue, imprima o acceda y que no reenviaré, daré o copiaré (total o parcialmente) mensajes de correo electrónico o comunicaciones electrónicas de mi consejero a ninguna otra persona, excepto con el acuerdo previo por escrito de mi consejero.

**Confidencialidad**

La confidencialidad se respeta en todo momento. Ninguna información será comunicada, directa o indirectamente, a un tercero sin su consentimiento informado y por escrito, a menos que lo exija la ley. Es importante comprender que la confidencialidad de la psicología en línea no se puede garantizar de la misma manera que la confidencialidad de las sesiones en persona (por ejemplo, alguien podría escuchar su conversación, etc.). El consejero deberá tomar medidas para garantizar está en la plataforma mediante el uso de una plataforma que se adhiere a toda la legislación de protección de la privacidad y trabaja desde un entorno privado y sin distracciones.

En el caso de los menores de edad, los padres deben autorizar que sus hijos reciban el servicio de teleconsejería y tienen derecho a obtener información, ante lo cual, si es estrictamente necesario, será compartida bajo límites éticos y con absoluto manejo profesional.

Las sesiones terapéuticas se realizarán a través de la plataforma MEET. Acepta que las sesiones on-line se llevarán a cabo en un entorno de privacidad en la que, salvo acuerdo, no habrá terceras personas participantes y se garantizará evitar interrupciones.

Así como profesional mantengo toda la información confidencial, de la misma manera, si estamos trabajando juntos en línea, le pido que determine quién tiene acceso a su computadora e información electrónica desde su ubicación. Esto incluiría a los miembros de la familia, compañeros de estudio, supervisores y amigos y si la confidencialidad de su casa o de su ordenador personal puede verse comprometida.

Le animo a que sólo se comunique a través de un ordenador que sepa que es seguro, es decir, donde la confidencialidad pueda ser garantizada. Asegúrese de salir completamente de todas las sesiones de asesoramiento en línea y de los correos electrónicos.

El consejero está ubicado en Villavicencio ejerce bajo la normativa en materia de salud mental, salud digital y protección de datos en Colombia. Las excepciones a la confidencialidad incluyen las obligaciones legales y / o éticas para:

* Informar a una posible víctima de violencia sobre la intención de daño de un estudiante.
* Informar a un familiar apropiado, profesional de la salud o policía, si es necesario, de la intención del estudiante de terminar con su vida.
* Liberar el archivo de un estudiante si hay una orden judicial para hacerlo.
* Informar a la autoridad pertinente si hay sospechas de que un estudiante está en riesgo o necesita protección debido a negligencia o abuso físico, sexual o emocional.
* Informar a un profesional de la salud que ha abusado sexualmente de un estudiante.
* Comparta información con el Colegio profesional para fines de supervisión o auditoría.
* En el caso de la orientación familiar, cuando se realiza una sesión sin la presencia de todos los miembros de la familia, la información compartida en esa sesión no se mantendrá como confidencial cuando se reanuden las sesiones familiares.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre apellidos de estudiante** |  | **Nombre apellidos consejero** |
|  |  |  |
| **Documento identificación** |  | **Documento registro profesional** |
|  |  |  |
| **Datos de contacto de tercera persona** |  | **Plataforma / medio contacto** |
|  |  |  |
| **Firma** |  | **Firma** |
|  |  |  |

Registro y fechas en Villavicencio, Meta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_