

Por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con el/la psicólogo/a.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente.

2. MODELO DE TRATAMIENTO

El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el problema conmigo y obtendrá información relevante.

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

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado(a) con fecha de Nacimiento ___/___/___, y edad de _____ años manifiesto:

- 1) Mi aceptación a la evaluación inicial por el servicio de psicología del **Centro de Excelencia Medica en Altura** y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o.
- 2) 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, así como las facilidades que mi cultura y religión me exijan.
- 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.
- 4) Acepto haber acordado la comunicación de alguna facilidad en cuanto a mis costumbres y creencias, respetando a la organización y sus trabajadores.

Firma de Paciente

Firma de Psicólogo (a)