ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha: _____
Nombre del consultante: _____
Documento de identificación: _____
Número de contacto: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____

Declaración de Confidencialidad,

La relación entre el consultante y el terapeuta está basada en la confianza mutua.
Por lo tanto, toda la información compartida durante las sesiones será tratada de manera confidencial, según el Artículo 33: Establece el secreto profesional y la obligación del psicólogo de garantizar la confidencialidad de la información de sus consultantes.

1. **Alcance de la confidencialidad:** La información proporcionada durante las sesiones será utilizada únicamente con fines terapéuticos y no será divulgada a terceros sin el consentimiento expreso del consultante, salvo en los siguientes casos excepcionales:

- La confidencialidad solo puede romperse en casos donde exista riesgo de daño para el consultante o terceros (riesgo de suicidio, homicidio, abuso infantil, entre otros).
- Si el terapeuta tiene conocimiento de abuso, maltrato o negligencia hacia menores, personas mayores o personas en situación de vulnerabilidad.
- Si se recibe una orden judicial que requiera la divulgación de información.

2. Consentimiento para supervisión:
En ocasiones, el terapeuta puede discutir casos con supervisores o colegas con el propósito de mejorar la calidad del tratamiento. En estos casos, la identidad del consultante será protegida mediante anonimización de los datos.

3. Registro de información:

- Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos Personales, protege la privacidad de la información personal, incluidos los registros clínicos de los consultantes.
- Establece que los consultantes deben dar su consentimiento expreso para el uso de sus datos.
- Obliga a los psicólogos a informar sobre el tratamiento de la información y garantizar su seguridad.

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

4. Comunicación fuera de las sesiones:
Cualquier comunicación realizada fuera de las sesiones (por correo electrónico, mensaje o llamada) también será tratada como confidencial, aunque no se puede garantizar la seguridad total en medios electrónicos.

5. Historia Clínica:
- Según la Resolución 1995 de 1999 - regula el manejo de la historia clínica en Colombia y se establece que la información psicológica del consultante es confidencial, privada y solo puede ser revelada con autorización expresa del paciente o en casos de obligación legal.
- Constitución Política de Colombia (Artículo 15) Protege el derecho a la intimidad personal y familiar, incluyendo la confidencialidad en los tratamientos psicológicos.

Conforme a lo anterior, se firma el día_____ del mes ____ del año ____ en la ciudad de _____.

Nombre completo del consultante: _____
Número de identificación: _____
Edad:_____

6. Acuerdo de confidencialidad:
Declaro que he leído, comprendido y aceptado las condiciones del presente acuerdo.
He tenido la oportunidad de resolver mis dudas y acepto participar voluntariamente en el proceso terapéutico.

_____	_____
Nombre del consultante	**Nombre del profesional**
_____	_____
Firma del consultante	**Firma del profesional**

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz