CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/TUTORES/CUIDADOR

Fecha: _____
Nombre del padre/madre/tutor/cuidador: _____
Documento de identificación: _____
Número de contacto: _____
Correo electrónico: _____

Datos del menor
Nombre completo: _____
Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____
Escolaridad: _____

---

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 paciente, salvo en los siguientes casos excepcionales:

- La confidencialidad solo puede romperse en casos donde exista riesgo de daño para el paciente 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 paciente 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 pacientes.
- Establece que los pacientes 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
No. Licencia: 197158

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/TUTORES/CUIDADOR

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:**

Consentimiento

Declaro que he recibido y comprendido la información sobre el proceso de terapia psicológica para mi hijo(a).

Autorizo libre y voluntariamente que mi hijo(a): Nombre del menor: _____
Reciba atención psicológica por parte de: _____

Firmo el presente consentimiento informado en señal de conformidad. Nombre del padre/madre/tutor: _____

---

6. Consentimiento informado

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