CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PAREJA

Fecha de inicio del proceso: _____ / _____ / _____

DATOS DE LOS CONSULTANTES

Consultante 1

Nombre completo: _____
Tipo y número de documento: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____

Consultante 2

Nombre completo: _____
Tipo y número de documento: _____
Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____

---

1. Marco Legal y Normativo en Colombia, el presente documento se rige bajo las siguientes disposiciones legales:

Ley 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético del ejercicio de la Psicología en Colombia (Título II, Título VII, Art. 10 y Art. 25 sobre secreto profesional y consentimiento informado).

Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013: Régimen General de Protección de Datos Personales (Habeas Data).

Resolución 1995 de 1999 (Ministerio de Salud): Manejo y custodia de la Historia Clínica.

Ley 1616 de 2013: Ley de Salud Mental.

2. Naturaleza del Servicio y Objetivos del Proceso

Objetivo: La terapia de pareja es un espacio confidencial y especializado orientado a comprender las dinámicas relacionales, mejorar la comunicación, resolver conflictos y tomar decisiones informadas sobre la relación (reestructuración, fortalecimiento o separación consciente).

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PAREJA

Naturaleza: El proceso implica evaluar antecedentes individuales y de pareja, dinámicas de interacción y patrones emocionales. El éxito del proceso depende del compromiso, la honestidad y el trabajo activo de ambas partes.

Modalidad y Frecuencia: Las sesiones tendrán una duración de **50 a 60 minutos** con una periodicidad **semanal/quincenal**, previa concertación de agenda. Pueden incluirse sesiones individuales según el criterio clínico del terapeuta.

3. Secreto Profesional y Confidencialidad

De acuerdo con el **Artículo 25 de la Ley 1090 de 2006**, toda la información recopilada en las sesiones y registrada en la Historia Clínica es estrictamente confidencial.

Manejo de la Información en Terapia de Pareja:

La Pareja como Unidad de Atención: La información compartida en sesiones individuales que incida directamente en la relación podrá ser abordada dentro del espacio conjunto, promoviendo la transparencia. El terapeuta no mantendrá "secretos individuales" que saboteen el objetivo del proceso de pareja.

Excepciones Legales al Secreto Profesional (Art. 25, Ley 1090/2006): La confidencialidad se levantará exclusivamente cuando:

1. Exista un riesgo inminente para la vida o la integridad física de alguno de los consultantes o de terceros.
2. Se identifiquen situaciones de abuso, violencia o vulneración de derechos hacia niños, niñas, adolescentes o adultos mayores.
3. Exista un requerimiento judicial o legal explícito según lo estipulado en la ley colombiana.

4. Manejo de Datos Personales (Ley 1581 de 2012)

Los consultantes autorizan de manera previa, expresa e informada el tratamiento de sus datos personales y sensibles para fines de gestión clínica, administrativa, contable y de contacto. Los datos serán custodiados bajo los estándares de seguridad exigidos por la Ley de Habeas Data y la Resolución 1995 de 1999 respecto a la Historia Clínica.

5.Alcance Pericial y Neutralidad del Profesional

Incompatibilidad Judicial: La terapia de pareja es un espacio de intervención clínica y **no constituye un peritaje ni un peritaje forense**.

Neutralidad: El terapeuta no actuará como testigo, perito ni mediador judicial a favor de una

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

de las partes en procesos de divorcio, custodia o demandas civiles/penales.

Derechos y Deberes de los Consultantes

- **Derechos:**
  - Recibir una atención ética, digna y libre de discriminación.
  - Solicitar aclaraciones sobre los métodos, diagnóstico o avance del proceso en cualquier momento.
  - **Revocar o revocar el consentimiento** y retirarse voluntariamente del proceso en cualquier etapa.

Deberes:

- Asistir puntualmente a las citas programadas e informar cancelaciones con al menos **24 horas** de anticipación.
- Asumir el pago de los honorarios fijados antes de cada sesión.
- Mantener un trato respetuoso y un entorno libre de violencia física o verbal durante las sesiones.

6. Declaración de Consentimiento y Firma

Nosotros, los abajo firmantes, manifestamos que:

1. Hemos leído y comprendido en su totalidad el contenido del presente documento.
2. Hemos tenido la oportunidad de formular preguntas y recibir aclaraciones satisfactorias por parte del profesional.
3. Aceptamos de manera voluntaria y en pleno uso de nuestras facultades mentales iniciar el proceso de terapia de pareja bajo las condiciones aquí expuestas.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de _____, ***a los*** _____ ***días del mes de*** _____ ***del año 2026***.

Firma Consultante 1:
Firma:

Nombre: _____

C.C.: _____

Lirana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE PAREJA

Firma Consultante 2:
Firma:

Nombre: _____

C.C.: _____

Firma del Profesional en Psicología:
Nombre: ___Liliana Ruiz _____
T.P. N.º: __197158_____

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz