**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL**

Profesional: Liliana Ruiz
Tarjeta profesional: 197158
Tel.: 3213447800
Correo: nlruizg@gmail.com
Fecha: ____ / ____ / _____
Ciudad desde la que se conecta el consultante: _____
Nombre del consultante: _____
Tipo y número de identificación: _____
Edad: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Persona de apoyo para emergencias (opcional): _____
Teléfono de contacto de emergencia: _____ Ciudad:_____

**1. Naturaleza y finalidad**

La atención psicológica se realizará a distancia mediante videollamada u otra tecnología acordada. Podrá incluir entrevista, valoración, orientación, intervención y seguimiento psicológico dentro de las competencias de la profesional y según el tipo de servicio autorizado. El uso de medios virtuales no garantiza resultados específicos ni sustituye la atención presencial cuando clínicamente sea necesaria.

**2. Funcionamiento y condiciones de la consulta**

Las partes verificarán su identidad al comenzar. El consultante y el terapeuta procuraran contar con internet estable, dispositivo funcional, ambiente privado, sin terceros no autorizados y tiempo suficiente para la sesión.

**3. Beneficios, límites y riesgos**

Entre los posibles beneficios están la continuidad de la atención y evitar desplazamientos. Existen riesgos específicos: interrupción de conexión, dificultades para apreciar señales no verbales, se explicarán las alternativas de atención presencial o remisión cuando corresponda.

Liliana Ruiz
Psicóloga

**4. Privacidad, secreto profesional y tratamiento de datos**
La información clínica está protegida por el secreto profesional y las normas sobre historia clínica. Solo se comunicará información cuando exista autorización válida o fundamento legal aplicable. El consentimiento a esta modalidad es independiente de la autorización para tratamiento de datos personales y sensibles que se suministra por separado, junto con la política de tratamiento de datos. Los mensajes ordinarios se utilizarán preferiblemente para coordinación y no para intercambiar información clínica sensible.

**5. Grabaciones y terceros**
No se grabará audio, video ni se tomarán capturas de pantalla de la consulta por ninguna de las partes sin autorización previa, expresa y específica de las personas involucradas. La presencia de acompañantes o terceros se informará y acordará previamente, excepto en los casos previstos por la ley.

**6. Fallas técnicas y plan de continuidad**
Si se interrumpe la video llamada se intentará reconectar durante hasta 10 minutos, o mediante el canal previamente acordado. De persistir la falla, se acordará por un medio seguro reprogramar, continuar por un medio clínicamente adecuado o remitir a atención presencial. El tratamiento de la tarifa por fallas se regirá por el acuerdo de servicios previamente conocido; no hay cobro automático por una interrupción imputable al servicio.

**7. Emergencias y seguridad**
La consulta virtual no es un servicio de urgencias ni ofrece respuesta inmediata fuera de la cita. Al inicio podrá verificarse la ubicación actual del consultante para orientar ayuda local si fuera necesario. Ante riesgo inminente para sí o para terceros, violencia o una emergencia médica, el paciente debe comunicarse con los servicios de urgencia locales y acudir a una institución de salud. La profesional evaluará las medidas de protección y remisión pertinentes conforme a sus deberes legales y éticos.

**8. Derechos del consultante**
Tiene derecho a recibir información clara, formular preguntas, conocer alternativas, aceptar o rechazar esta modalidad, retirar el consentimiento cuando corresponda y solicitar atención presencial o remisión. El retiro podrá exigir reorganizar la atención, sin afectar los derechos

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizq@gmail.com @ nlili.ruiz

derivados de servicios ya prestados ni las obligaciones legales de custodia de los registros.

**9. Declaración de comprensión y decisión**
Declaro que recibí información comprensible sobre el funcionamiento, beneficios, riesgos, privacidad, tratamiento de incidentes técnicos y respuesta ante emergencias; tuve oportunidad de preguntar y comprendo que este consentimiento no reemplaza ni el consentimiento del servicio psicológico general ni la autorización de tratamiento de datos personales.

**DECISIÓN DEL CONSULTANTE**
Acepto voluntariamente la atención psicológica virtual. ☐
No acepto esta modalidad.☐

Firma del consultante: _____
Fecha: _____

Nombre y firma de la profesional: _____
Fecha: _____

Constancia para firma electrónica o digital: la aceptación deberá quedar vinculada a la identidad del consultante, la versión del documento y la fecha, con evidencia verificable del procedimiento empleado.

Base normativa de referencia: Ley 1090 de 2006; Ley 1581 de 2012; Ley 1419 de 2010; Resolución 1995 de 1999; Resolución 1644 de 2026, especialmente art. 7 (derogó la Resolución 2654 de 2019); y reglas de habilitación aplicables, incluida Resolución 3100 de 2019 en lo pertinente.

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizq@gmail.com @ nlili.ruiz