AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SENSIBLES

Atención psicológica individual, de pareja, familiar, a niños, niñas y adolescentes

Ciudad y fecha: _____

Modalidad: ☐ Presencial ☐ Virtual

A. Información del titular

Nombre completo: _____

Tipo y número de documento: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Si corresponde a una persona menor de edad:

Nombre del representante legal: _____

Documento del representante: _____ Parentesco: _____

B. Responsable del tratamiento

Responsable: Liliana Ruiz, profesional en Psicología. Tarjeta profesional: 197158

Canales de contacto para consultas y reclamos: nlruizg@gmail.com | 3213447800.

Política de tratamiento de datos personales

C. Datos y finalidades autorizadas

Podrán recopilarse, según la necesidad del servicio, datos de identificación y contacto, datos administrativos y de pago, así como información sobre salud mental y física, antecedentes, evolución, evaluaciones, notas de atención e información pertinente del proceso psicológico. Se aplicarán los principios de finalidad, necesidad, seguridad, acceso restringido y confidencialidad.

Los datos serán tratados únicamente para: (a) identificar y contactar al consultante; (b) gestionar agenda, confirmaciones y cambios de citas; (c) realizar valoración, intervención, seguimiento, registros y documentación clínica; (d) cumplir obligaciones legales, éticas, de custodia y conservación documental; (e) tramitar pagos, comprobantes y asuntos administrativos; y (f) atender solicitudes del titular y remisiones cuando correspondan conforme a la ley y las autorizaciones aplicables.

D. Información especial sobre datos sensibles

Los datos relativos a la salud y otros que puedan afectar la intimidad son datos sensibles (artículos 5 y 6 de la Ley 1581 de 2012). Se informa que la autorización para

tratar datos sensibles es facultativa, salvo las excepciones legales. No obstante, algunos datos clínicos pertinentes son necesarios para prestar una atención psicológica segura y documentarla conforme a las obligaciones profesionales; negarlos puede limitar o impedir determinadas prestaciones. La profesional explicará las alternativas posibles sin exigir información innecesaria.

E. Declaraciones y decisiones del titular

Marque una respuesta en cada apartado. La falta de autorización no supone consentimiento tácito.

1. Datos de identificación, contacto y gestión administrativa necesarios para el servicio:

□ SÍ autorizo ☐ NO autorizo

2. Datos sensibles de salud y otros datos clínicos estrictamente pertinentes para valoración, atención, seguimiento, historia clínica y deberes legales:

□ SÍ autorizo expresamente ☐ NO autorizo

3. Comunicaciones administrativas por correo o mensajería (recordatorios, reprogramación, información del servicio), evitando contenidos clínicos sensibles salvo canal acordado:

□ SÍ autorizo ☐ NO autorizo

4. Información promocional o novedades comerciales, distinta de la atención clínica (OPCIONAL y revocable):

□ SÍ autorizo ☐ NO autorizo

La presente autorización NO comprende publicaciones de testimonios, imágenes, grabaciones de sesiones, publicidad con datos clínicos ni uso con fines de entrenamiento de inteligencia artificial. Esos usos, si se proponen, necesitarán evaluación y autorizaciones separadas cuando resulten procedentes.

F. Destinatarios, confidencialidad y conservación

La información no será divulgada a terceros sin autorización o fundamento legal. Podrá ser gestionada por prestadores tecnológicos o encargados sujetos a medidas de seguridad, contratos y obligaciones de confidencialidad; cualquier transferencia o transmisión internacional, cuando exista, deberá ajustarse a las reglas aplicables. Los documentos no se publicarán en GitHub Pages, Linktree ni carpetas abiertas al público.

La información se conservará durante los plazos establecidos por la normativa aplicable, especialmente los relativos a historia clínica, obligaciones profesionales, administrativas o legales. La revocatoria o solicitud de supresión no implica eliminación cuando subsista un deber legal de conservación.

G. Derechos y procedimiento

El titular puede conocer, actualizar, rectificar y solicitar información sobre el uso de sus datos; pedir prueba de la autorización; presentar consultas o reclamos; revocar la autorización o solicitar supresión cuando legalmente proceda.

H. Menores de edad y terapia de pareja

Cuando la atención corresponda a un menor, se observarán el interés superior, el ejercicio progresivo de su autonomía, su derecho a ser escuchado y las autorizaciones de representación legal que sean aplicables. En terapia de pareja cada integrante firma su propia autorización; ninguno autoriza el uso de datos sensibles del otro. La información revelada individualmente conserva su protección conforme a la ley y al consentimiento clínico.

I. Constancia de información y firma

Declaro haber recibido información clara sobre el responsable, las finalidades, el carácter sensible de ciertos datos, mis derechos, los canales de atención y dónde consultar la política completa. He tenido oportunidad de formular preguntas y mis elecciones se registran arriba.

Nombre del titular: _____ Firma: _____ Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre de la profesional: Liliana Ruiz Firma: _____

Fecha y medio de obtención del consentimiento: _____

Referencias normativas: Constitución Política, artículo 15; Ley 1581 de 2012, especialmente artículos 4 a 9, 12 y 15; Decreto 1074 de 2015 (compilación reglamentaria en protección de datos); Ley 1090 de 2006 (secreto profesional); Resolución 1995 de 1999 y disposiciones vigentes aplicables a historia clínica.

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizq@gmail.com @ nlili.ruiz