



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad y fecha:	Bogotá Septiembre 14 / 16	
Nombre del paciente:	Sandra Milena Martínez Rico	
Edad del paciente:	33 años	
Nombres y documentos de los representantes legales cuando el paciente es menor de edad o incapaz:		

Sandra Milena Martínez he sido informado por el psicólogo de los consultorios psicológicos de la Universidad Santo Tomás, que la IPS presta servicios en psicoterapia clínica y de la familia, que la duración aproximada del proceso es de entre 5 y 8 sesiones y que la atención se me ofrece porque ha sido mi voluntad, o la de una institución remitente que ha conocido mi caso, buscar ayuda profesional para mí o para otra persona de la cual soy representante legal. Así mismo me han dicho que, conforme al artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006, los psicólogos, en desarrollo de su trabajo, tienen la obligación de mantener en confidencialidad la información que obtienen de las personas, y que, por tal razón, revelarán la información a los demás sólo con el consentimiento del paciente o de su representante legal, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros, por ejemplo, cuando las conductas revistan las características de un delito, caso en el cual, los psicólogos se reservan el derecho de notificarlo a las autoridades correspondientes y a activar las rutas jurídicas para tal fin.

Los Consultorios Psicológicos de la Universidad Santo Tomás, son, así mismo, un espacio de formación de psicoterapeutas, por tal razón los psicólogos que atienden mi caso son estudiantes de posgrado o de pregrado, en todos los eventos, acompañados por sus docentes supervisores. Comprendo que es mi derecho desistir del proceso de intervención, por eso es que una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo y de la importancia de los mismos para la consecución de los objetivos terapéuticos, otorgo SI ☒ NO ☐ en forma libre mi consentimiento al psicólogo Martha Lina Coralt identificado con cédula de ciudadanía No. 52329667 y T.P. (excepto si se trata de estudiantes de pregrado) 52329667, supervisado por el docente Claudia Johana López para mi participación en este encuentro.

Adicionalmente autorizo efectuar:

SI ☒ NO ☐ La grabación de las sesiones.

SI ☒ NO ☐ El acompañamiento en cámara de Gesell de otros profesionales que actúan como co-terapeutas o supervisores.

SI ☐ NO ☐ La aplicación de pruebas psicológicas según los objetivos de evaluación.

SI ☒ NO ☐ La entrevista a otros que informen sobre mi comportamiento.

SI ☒ NO ☐ Que la evaluación pueda ser usada con fines de docencia e investigación científica previa reserva de identidad según la ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología.

SI ☒ NO ☐ Compartir la información sobre los hallazgos de la evaluación con las entidades que han remitido mi caso, dentro de los límites señalados en la ley.

Hago constar que el presente documento da cuenta de lo acordado en esta relación profesional, y que ha sido leído y entendido por mí en su integridad, otorgando mi consentimiento de manera libre y voluntaria.

Evaluable(a) o representantes legales:

Sandra Martínez

c.c. 53008254 c.c.

Dirección para notificaciones:

Cra 5c # 53cl Sur 29

Teléfono: 3138760047

Huella evaluado



Psicólogo(a):

Martha Lina Coralt

c.d. 52329667

T.P.: 52329667

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA IPS

Carrera 13 No. 51 - 88

Teléfono 5878797 Extensión 1941- 1942