Este consentimiento se acoge a la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales. Además, Lo aquí consignado se enmarca en la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y se dicta el código deontológico y bioético, y los datos se protegerán de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

**Itagüí, Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PAIS/CIUDAD DE ORIGEN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD: \_\_\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con documento de identidad (CC, T.I, PEP, CV) Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actuando a título personal y/o como representante legal (madre, padre, tutor) de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad (CC, NUIP, RC, TI, PEP, CV) No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Entiendo que el propósito de este documento es el de informarle el objetivo y alcance de la intervención psicológica la cual se oferta de manera gratuita por la Secretaria de la Familia del Municipio de Itagüí, en modalidad de asesoría personal o por Tele Psicología (práctica diferente a la presencialidad, donde se pueden presentar interferencias que quizás dependan de la calidad del operador del servicio de telefonía celular); de igual forma, al aceptar y solicitar sesiones virtuales soy consciente de esta realidad mediada por la tecnología y el acceso a estos medios. Dado lo anterior, usted podrá beneficiarse en calidad de consultante, siempre y cuando esté de acuerdo con lo señalado a continuación y lo ratifique mediante la firma del documento.

La asistencia a la asesoría psicológica es voluntaria, es decir, puede decidir asistir ahora y retirarse después, sin que esto le traiga ninguna consecuencia. Es importante que sepa que el propósito de esta intervención es la orientación psicológica o psicoeducación para activar una posible “Ruta de atención”.

Partiendo de esto, usted accede y acepta que se le ha informado sobre las cuatro situaciones por las que se rompe el principio de confidencialidad: **1)** Si la vida del consultante u otra persona está en riesgo, **2)** Si es menor de edad, **3)** Discapacidad intelectual y **4)** Solicitud judicial.

Sí usted está de acuerdo con las condiciones anteriormente descritas por favor firmar este consentimiento o colocar las iniciales de su nombre.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, marca o iniciales del consultante

Nombre:

No. Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

: