Estimado(a) Usuario(a),

La Universidad de La Guajira, en su compromiso con la transparencia y el respeto a los derechos de los usuarios, le proporciona esta información sobre el proceso de atención psicológica que se le brindará. Le solicitamos leer cuidadosamente este documento, ya que tiene como objetivo informarle sobre el uso y la confidencialidad de sus datos personales, así como sus derechos y obligaciones en el marco de la atención psicológica que recibirá.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES

Toda la información que se recabe durante su proceso de evaluación y tratamiento psicológico, incluidos los informes escritos, las grabaciones de audio o video, y cualquier otro material relacionado, será tratada con la máxima confidencialidad. En ningún caso esta información será divulgada o entregada a terceros, sean personas naturales o jurídicas, sin su consentimiento expreso, salvo en los casos en que lo exija una orden judicial emitida por la autoridad competente.

En cumplimiento de la Ley 1090 de 2006, se podrá excepcionar la confidencialidad de los datos si se presenta una situación que ponga en grave riesgo su integridad física o psicológica, o la de algún miembro de la comunidad. En tales circunstancias, la información podría ser compartida con las autoridades competentes para salvaguardar su bienestar.

2. MODELO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento psicológico que se le ofrecerá será seleccionado por el/la psicólogo/a a cargo, quien, basándose en su formación, experiencia profesional y el análisis de sus necesidades particulares, elegirá el modelo o enfoque terapéutico que considere más adecuado para su caso. Es importante señalar que la efectividad del tratamiento puede variar según las características individuales del paciente y el enfoque elegido. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá en detalle el problema que le motiva a acudir a consulta, recabando información relevante para poder desarrollar una intervención adecuada. El/la psicólogo/a le explicará los procedimientos, objetivos y posibles intervenciones que se utilizarán en su tratamiento.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Y DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Usted tiene pleno derecho a decidir sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo/a, en cualquier momento del proceso de evaluación y tratamiento. El éxito del tratamiento depende en gran medida de su compromiso personal, asistencia regular, puntualidad, y participación activa en las sesiones. Asimismo, es fundamental que colabore en el llenado de los documentos y pruebas solicitadas por el/la profesional, los cuales contienen información personal que será utilizada exclusivamente para la evaluación y el desarrollo del tratamiento.

En cualquier momento, usted puede revocar este consentimiento, y el/la psicólogo/a le informará sobre las implicaciones de tal decisión. Sin embargo, es importante recordar que la interrupción del tratamiento podría afectar la efectividad de la intervención.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente, yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____, manifiesto lo siguiente:

1. Que he sido debidamente informado(a) sobre el proceso de evaluación y tratamiento psicológico que me ofrece el servicio de psicología de la Universidad de La Guajira, el cual he comprendido completamente. Asimismo, acepto que el/la psicólogo/a me haya explicado con claridad los objetivos, procedimientos, posibles beneficios, riesgos y consecuencias del proceso terapéutico.

2. Que la información que proporciono es veraz y refleja mi situación personal, entendiendo que sobre esta base se desarrollarán las intervenciones necesarias para mi tratamiento.

3. Que he leído y comprendido íntegramente el contenido de este documento, aceptando su totalidad y las consecuencias legales y éticas derivadas del mismo. Con ello, otorgo mi consentimiento libre y voluntario para participar en el proceso de evaluación y tratamiento psicológico.

Firma:_____

Fecha:_____