

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA JUANA DE LESTONNAC</b>	<b>FGCOP 03</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA</b>	02 de mayo 2025 versión 1

Fecha: \_\_\_\_\_

La Institución Educativa Santa Juana de Lestonnac, con el fin aportar al bienestar de la comunidad educativa, ofrece el servicio de asesoría psicológica. Con este documento se me ha informado que las asesorías llevadas a cabo no comprenden un proceso clínico terapéutico, sino que la intervención se limita al contexto escolar. En casos que requieren intervenciones de dicha índole será necesario hacer remisión a la entidad competente.

Además, comprendo que la información aportada durante el proceso de orientación psicosocial, está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas, sin embargo, se me aclara que, en busca de garantizar la salud y la protección del consultante, no se podrá guardar el secreto profesional en los siguientes casos:

- ✓ Cuando se presente riesgo de auto agredirse o se ponga en riesgo la propia vida (comportamiento suicida o conductas autolesivas).
- ✓ Cuando se presente riesgo de agredir a un tercero.
- ✓ Cuando se menciona o evidencia un presunto delito o una presunta vulneración de derechos.
- ✓ Cuando se menciona o evidencia dependencia física o psicológica a psicotrópicos o a cualquier otra sustancia legal o ilegal que ponga en riesgo la salud mental y salud general de los niños, niñas o adolescentes.
- ✓ Casos en que las conductas o comportamientos que dicho estudiante lleve a cabo, representen un riesgo para la seguridad, integridad y bienestar de los miembros de la comunidad educativa.
- ✓ En los casos en que se identifique o presuma la existencia de un trastorno mental.
- ✓ Por ordenamiento judicial (casos en que sólo se revelará la información puntual que solicitan).

Por lo anterior reconozco que la psicóloga está obligada a informar éstas situaciones a la rectora y ponerse en contacto con los padres o representantes legales para informar sobre la situación. De igual manera he sido informado de que en caso de ser necesario, se convocará a la mesa de atención del Comité Escolar de Convivencia (CEC) para la activación de ruta con la entidad competente. Se mantendrá el secreto profesional con información que la estudiante o acudiente, considere privada y que no conlleve a un riesgo para su propia integridad o de otros. Todo lo anterior conforme a los lineamientos del código deontológico para el ejercicio de la psicología en Colombia. Ley 1090 de 2006.

Comprendiendo las condiciones descritas, yo \_\_\_\_\_ con CC \_\_\_\_\_ como madre o tutor legal y yo \_\_\_\_\_ con CC \_\_\_\_\_ como padre o tutor legal, manifiesto mi consentimiento para que la estudiante \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ años de edad, reciba orientación psicológica y con ello me comprometo a hacer el debido acompañamiento, incluyendo la asistencia a asesorías o la gestión en salud si se considera pertinente.

#### **Asentimiento del estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

#### **Consentimiento del tutor legal**

Firma madre o representante legal: \_\_\_\_\_

Firma Nombre padre o representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre de la psicóloga: \_\_\_\_\_

Tarjeta Profesional: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_