**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DE LA ESCUELA TECNOLÓGICA INSTITUTO TÉCNICO CENTRAL (ETITC)**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa académico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y número de contacto de emergencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OBJETO DEL CONSENTIMIENTO**

Autorizo voluntariamente la realización de procesos de acompañamiento psicoeducativo y asesoría psicológica, prestados por el área de Psicología de la ETITC, orientados al fortalecimiento de la salud mental en el marco del apoyo integral al estudiante.

1. **ALCANCE Y NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN**

Declaro que se me ha informado de manera clara y suficiente que el acompañamiento se compone de sesiones de orientación individual o grupal, aplicación de pruebas psicométricas si es necesario, recomendaciones, y seguimiento, enmarcados en principios de ética profesional, confidencialidad y respeto por los derechos humanos establecidos en la Ley 1090 de 2006.

1. **CONFIDENCIALIDAD**

Soy consciente de que la información suministrada será verídica y será tratada con estricta confidencialidad (Artículo 74 Constitución Política de Colombia), y solo podrá ser compartida con terceros si:

* Existe un riesgo para mi integridad o la de otros.
* Lo autorizo expresamente.
1. **DERECHOS DEL USUARIO**

Tengo derecho a:

* Recibir atención oportuna, respetuosa y sin discriminación.
* Ser escuchado y orientado con base en criterios técnicos y éticos.
* Retirarme del acompañamiento psicoeducativo en cualquier momento sin represalias.
* Solicitar información sobre el desarrollo del acompañamiento.
1. **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Los datos personales recolectados mediante este formulario se encuentran protegidos mediante la política de privacidad y protección de datos personales aprobada por la alta dirección de la institución, ver en línea: [https://www.etitc.edu.co/es/page/nosotros&seguridad-portal](https://www.etitc.edu.co/es/page/nosotros%26seguridad-portal)

1. **CONSENTIMIENTO**

He recibido la información completa sobre el proceso, he resuelto mis dudas y acepto voluntariamente participar en el acompañamiento psicoeducativo en caso de ser necesario ofrecido por el área de Psicología de Bienestar Universitario de la ETITC.

Este consentimiento se encuentra enmarcado en la normativa colombiana vigente, como la Ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio de la Psicología en Colombia y exige informar sobre la intervención y obtener el consentimiento del usuario; la Ley 1616 de 2013 que reconoce el derecho a recibir información clara y a otorgar o negar el consentimiento informado; la Constitución Política de Colombia que protege el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad y el buen nombre; y la Doctrina 03 del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC), que define el consentimiento informado como un proceso ético y legal fundamental basado en la dignidad, la autonomía y el respeto, recomendando dejar constancia escrita en contextos educativos, clínicos o institucionales.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos:

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**⚠️ Si el estudiante es menor de edad:**

Nombre del padre/madre/acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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