La Oficina de Bienestar Universitario de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas ofrece lo servicios de psicología de primer nivel de atención en los consultorios habilitados por la secretaria de salud de Bogotá (Entidad con objeto Social Diferente)

**Consentimiento Informado para el Tratamiento Psicológico**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en pleno uso de mis facultades mentales, doy mi consentimiento voluntario para participar en el tratamiento psicológico ofrecido por la Oficina de Bienestar Universitario de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas. He sido debidamente informado(a) de los siguientes aspectos relacionados con el tratamiento:

* **Objetivo del tratamiento:** El objetivo del tratamiento psicológico es la reducción de los síntomas de ansiedad, el manejo del estrés, mejorar la autoestima, y los otros objetivos acordados con el paciente.
* **Método de tratamiento:** El tratamiento se llevará a cabo utilizando diferentes métodos y enfoques de la psicología. Estos métodos serán seleccionados y adaptados según las necesidades del paciente.
* **Duración y frecuencia de las sesiones:** El tratamiento constará de mínimo 3 sesiones o las que se acuerden con el psicólogo, con una duración aproximada de 45 minutos. La frecuencia se acuerda con el paciente.
* **Confidencialidad:** Toda la información proporcionada durante el tratamiento será tratada de manera confidencial, de acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes en materia de protección de datos. Sin embargo, existen ciertas excepciones en las cuales el profesional en psicología está legalmente obligado a revelar información, tales como la sospecha de maltrato infantil, riesgo de suicidio o amenazas graves a la seguridad personal.
* **Participación voluntaria:** Entiendo que mi participación en el tratamiento psicológico es voluntaria y que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa para mí.
* **Derechos del paciente:** Soy consciente de que tengo derechos como paciente, incluyendo el derecho a ser tratado con respeto y dignidad, el derecho a recibir información clara y comprensible sobre el tratamiento, y el derecho a dar o negar mi consentimiento en cualquier momento.
* **Posibles riesgos y beneficios:** Se me ha informado que, si bien el tratamiento psicológico puede proporcionar beneficios significativos, también existen ciertos riesgos y limitaciones asociados. Estos riesgos y limitaciones han sido discutidos conmigo de manera clara y comprensible.

Al firmar a continuación, indico que he leído y comprendido la información anteriormente proporcionada, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener aclaraciones. También autorizo al profesional de la psicología y a su equipo a llevar a cabo el tratamiento psicológico de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en este consentimiento informado.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Profesional de la Psicología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Profesional de la Psicología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento informado será archivado en el expediente del paciente y se le proporcionará una copia para su referencia personal.