Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado/a con Documento de Identidad N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de servidor/a público/a  contratista , adscrito/a a la subdirección u oficina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi voluntad expresa e informada, manifestando voluntariamente mi consentimiento , o mi desistimiento , para participar en el servicio de acompañamiento psicosocial.

Señalo que recibí una explicación previa, clara y completa del propósito del acompañamiento por parte del psicólogo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con Cédula de Ciudadanía N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y Tarjeta Profesional N.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Adicionalmente, expreso que he sido informado/a sobre los temas a tratar entre los cuáles se encuentran información personal, familiar, social, intralaboral y extralaboral; y a los que se les dará el tratamiento de dato personal sensible conforme lo estima la Ley 1581 de 2012.

De forma voluntaria acepto participar en el procedimiento enunciado, en la medida que su único propósito es conocer mi estado de salud mental y psicosocial en pro de la prevención *y que este espacio no constituye a una intervención psicológica clínica y no tiene fines terapéuticos*, pues es meramente informativo, y que el proceso estará amparado por la Ley 1090 de 2006: “*Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos”* y la Ley 23 de 1981, entre otras.

Así mismo, indicó que se me explicó que el acompañamiento psicosocial como sus subsecuentes seguimientos, en caso de ser requeridos, estarán limitados a la sensibilización y psicoeducación, así como a la socialización de las rutas y líneas de atención a las que puede remitirse la persona según sus necesidades específicas, dentro de lo cual se podrá recomendar el contacto con la Empresa Prestadora de Salud *(EPS)* en los casos que requieran iniciar o dar continuidad a tratamientos terapéuticos en psicología clínica o psiquiatría.

También comprendo que los datos recopilados serán tratados conforme el Artículo 15 de la Constitución Política Colombiana, Artículo 5 de la Ley 1581 de 2012, Artículos 3 y s.s. de la Ley 1266 de 2008, Política de Protección de Datos Personales la cual puede ser consultada en la página web https://www.uaesp.gov.co/content/politica-seguridad-la-informacion, Resolución 2646 de 2008 y Resolución 2404 de 2019, entre otras.

Hago constar que el presente documento ha sido leído, entendido y explicado en su integridad por lo que en constancia firmo y acepto su contenido libre de toda coacción.

En caso de emergencia o urgencia, autorizo contactar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al número telefónico o celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En constancia de lo anterior, firman:

Consultante

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Psicólogo/a

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Los datos personales aquí consignados tienen carácter de confidencial y reservado, debido a que son datos sensibles, razón por la cual la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP), se compromete a no divulgar información alguna con propósitos diferentes a los descritos en este registro, de conformidad con la normatividad antes relacionada.