**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Gestión de Psicología forma parte de la Dirección General de Bienestar Universitario y ofrece el servicio de **Acompañamiento Psicológico**. El objetivo es brindar un espacio de contención emocional y acompañamiento a las personas que requieren realizar un proceso personal de afrontamiento a situaciones que les generen malestar psicosocial. Este espacio de trabajo es sostenido por una persona profesional en Psicología Clínica.

Para dar inicio al proceso de acompañamiento es necesario acordar los siguientes puntos:

1. Todo trabajo de acompañamiento podrá empezar siempre que la persona usuaria asista de forma libre y voluntaria.
2. El tiempo no podrá ser definido de antemano ya que cada uno de los casos es diferente y por ende debe ser tratado de manera individual.
3. Se solicita a la persona que busca atención comprometerse a asistir de manera periódica dentro de los horarios acordados en conjunto con el/la Psicólogo/a.
4. El tiempo de sesión será establecido por el/la profesional a cargo en la primera sesión de trabajo.
5. El/la profesional a cargo puede solicitar a la persona usuaria asistir a más de una sesión por semana si lo considera necesario.
6. Se cumplirá con el horario acordado y la persona usuaria será responsable de llegar a tiempo a su cita.
7. La persona usuaria se compromete a notificar vía correo electrónico o algún otro medio, con un mínimo de 24 horas de anticipación si no asistirá a su próxima cita.
8. La persona usuaria puede retirarse en cualquier momento, sin embargo, se sugiere acordar el cierre del proceso.
9. En los casos de situaciones de violencia notificadas, la persona usuaria será informada de los pasos de la ruta de actuación a partir de la activación del *Protocolo de Intervención en Casos de Acoso, Discriminación y Violencias basadas en Género,* y recibirá aclaración de todas las dudas que pueda tener acerca del proceso interno y externo que amerita realizarse.
10. Todo lo que sea dicho dentro del espacio de consulta **ES CONFIDENCIAL** exceptuando:
* **CUANDO LA INTEGRIDAD DE LA PERSONA USUARIA O DE OTRA PERSONA MIEMBRO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA SE ENCUENTRE EN RIESGO** (se comunicará al contacto de emergencia mencionado en la Ficha de Registro de Asistencia). Si la integridad de la persona usuaria se encuentra en riesgo, se informará la necesidad de comunicarse con terceras personas que le puedan asistir, se explicarán los pasos a seguir y se le acompañará en caso de ser necesario.
* **EN PROCESOS POR HECHOS DE PRESUNTA VIOLENCIA** la identidad de la persona usuaria se mantendrá bajo un código asignado.

Al firmar este documento acepto las condiciones mencionadas y me comprometo a su cumplimiento.

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

**Nombre:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**FICHA DE ASISTENCIA**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Nombres y apellidos: |  |
| N° cédula |  | Estado civil: |  |
| Edad:  |  | Fecha de nacimiento: |  |
| Género: | F | M | NB | Etnia: |  |
| Discapacidad: |  | Ciudad de origen: |  |
| Dirección: |  | Referencia: |  |
| Semestre: |  | Especialidad: |  |
| Contacto personal: |  | Correo: |  |
| Contacto de emergencia: |  | Parentesco: |  |
| Motivo de consulta: |  |
| Tratamientos en el área de psicología o psiquiatría: |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO DE ATENCIONES** |
| **Fecha de atención** | **Firma** | **Fecha de atención** | **Firma** |
| 1 |  | 6 |  |
| 2 |  | 7 |  |
| 3 |  | 8 |  |
| 4 |  | 9 |  |
| 5 |  | 10 |  |

**Notas/Observaciones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_