



CONSENTIMIENTO INFORMADO Servicio de orientación y asesoría psicoeducativa

Yo, _____, identificado(a) con T.I / C.C / Otro: _____ No. _____, residente en _____, manifiesto de manera libre y voluntaria que acepto participar en un proceso de orientación y asesoría psicoeducativa brindado por Linda Villamil, profesional en psicología.

1. Naturaleza del servicio:

Se me ha explicado que este espacio corresponde a un proceso de: orientación emocional, acompañamiento psicoeducativo, reflexión y fortalecimiento de recursos personales y no constituye un servicio de atención en salud, psicoterapia clínica, diagnóstico médico ni tratamiento en salud mental, ni sustituye la atención que pueda requerirse dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

En caso de identificarse la necesidad de atención clínica especializada, acepto que se me sugiera remisión a un servicio de salud habilitado.

2. Confidencialidad

La información compartida durante las sesiones será tratada con reserva y confidencialidad, conforme a la Ley 1090 de 2006 y demás normas aplicables.

La confidencialidad podrá limitarse únicamente cuando: exista riesgo grave para mi vida o la de terceros, se presenten situaciones de violencia, abuso o vulneración de derechos, una autoridad competente lo solicite conforme a la ley.

3. Metodología

Comprendo que el proceso se fundamenta en enfoques psicológicos basados en la evidencia y puede incluir: diálogo orientador, ejercicios reflexivos, herramientas psicoeducativas, las apreciaciones realizadas corresponden a orientaciones profesionales de carácter no clínico. Las apreciaciones derivadas de este proceso constituyen orientaciones profesionales para la comprensión personal y el fortalecimiento de recursos emocionales, y no corresponden a diagnóstico clínico, tratamiento en salud mental ni sustituyen la atención en servicios de salud habilitados. En caso de identificarse indicadores que sugieran la necesidad de valoración clínica especializada, acepto la recomendación de remisión a los servicios de salud correspondientes.

4. Responsabilidad y participación

Reconozco que mi participación es voluntaria y que los resultados dependen en gran medida de: mi compromiso personal, la aplicación de las herramientas sugeridas, la continuidad del proceso cuando así lo decida. Puedo suspender mi participación en cualquier momento.

5. Terminación del acompañamiento

El servicio podrá finalizar cuando: lo solicite cualquiera de las partes, se evidencie necesidad de atención clínica especializada, se presenten situaciones que afecten el adecuado desarrollo del espacio profesional.

6. Firma

Declaro que: he leído y comprendido este documento, resolví mis dudas antes de firmar, acepto voluntariamente participar en este proceso de orientación psicoeducativa.

Firma del participante: _____

Nombre: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Municipio/ Ciudad- País: _____

Si es menor de 18 años, firma de los padres:

Nombre de la madre _____ Documento de Identidad: _____

Firma: _____

Nombre del padre _____ Documento de identidad: _____

Firma: _____



ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD EN EL PROCESO DE ORIENTACIÓN

Yo, _____, identificado(a) con _____ No. _____ de _____, manifiesto de manera voluntaria mi decisión de participar en el proceso de orientación y acompañamiento psicoeducativo brindado por LV Abrazarte Linda Villamil.

Reconozco que este espacio busca fortalecer mi bienestar emocional, mis recursos personales y mi capacidad de toma de decisiones, y que los avances dependen en gran medida de mi participación activa.

Me comprometo a:

1. Poner en práctica, en la medida de mis posibilidades, las estrategias de autocuidado, regulación emocional y organización personal sugeridas durante el proceso.
2. Gestionar oportunamente valoraciones o apoyos adicionales en servicios de salud u otras áreas cuando me sean recomendados.
3. Asistir a los encuentros programados o informar con anticipación en caso de requerir reprogramación.
4. Comunicar dudas, cambios significativos o situaciones relevantes que puedan influir en mi proceso.
5. Realizar las actividades reflexivas o de seguimiento acordadas, entendiendo que hacen parte de mi propio proceso de crecimiento.

Comprendo que la constancia y la disposición personal favorecen los resultados, y que puedo decidir libremente continuar, pausar o finalizar mi participación en cualquier momento. Este acuerdo refleja una responsabilidad compartida orientada a mi bienestar y desarrollo personal.

Firma del participante: _____

Nombre: _____

Fecha: ___ / ___ / ____

Municipio/ Ciudad- País: _____

Si es menor de 18 años, firma de los padres:

Nombre de la madre _____ Documento de Identidad: _____

Firma: _____

Nombre del padre _____ Documento de identidad: _____

Firma: _____

Recomendaciones para aprovechar tu espacio de orientación

Para que este encuentro sea lo más útil y cómodo posible para ti, se sugieren las siguientes condiciones:

1. Espacio tranquilo y privado: procura ubicarte en un lugar sin interrupciones que favorezca la concentración y la confidencialidad.
2. Comodidad física: siéntate en una posición que te permita estar relajado(a) y expresarte con libertad.
3. Privacidad en la conversación: asegúrate de que otras personas no puedan escuchar lo que compartes, para cuidar tu seguridad emocional.
4. Iluminación adecuada: una luz suficiente y agradable facilita la conexión durante la sesión virtual.
5. Tiempo disponible: agenda la sesión en un momento en el que puedas permanecer con calma, sin prisa por otras actividades.
6. Reflexión previa: pensar brevemente en lo que deseas conversar puede ayudarte a aprovechar mejor el espacio.
7. Actitud de apertura: este es un lugar seguro para comprenderte, expresarte y construir herramientas para tu bienestar.



@LVAbrazarte

www.psicologosdecolombia.com

+573226865750