FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES EN JARDINES INFANTILES Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Proyecto: 3744	Fecha de diligenciamiento: 10/07/2024.
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: J.I. Manantial.	Localidad: 19.
Nombre de la niña o niño: Sara Antonella Tiana Fremayor.	Edad: 2 años
Nivel: PV B.	Tipo y número documento de identidad: RC 1023122366
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Leidy Johana Fremayor Tapiero	
Edad: 28 años	Tipo y número documento de identidad: CC 1000934268.
Teléfonos de contacto: 3003218163	Parentesco: Progenitora.

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial[1] y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente[2], se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento psicosocial, no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

En el marco del acompañamiento psicosocial, las acciones de las y los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social en jardines infantiles y casas de pensamiento intercultural, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la o el profesional en psicología son tomadas por usted(es) El proceso de acompañamiento psicosocial requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con la o el profesional en Psicología por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio social prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral[3] de sus derechos, es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño o adolescente y su familia.

---

[1] Artículos 5, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones

[2] Sectores de salud, seguridad, protección o justicia.

[3] Artículo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Johana Fuenmayor T. identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 1000934268 de _____ y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Juan Antonella Juana Fuenmayor con tipo de documento y número de identificación RC 1023122366 manifiesto

1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento psicosocial, respecto de las acciones de los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico integral de las niñas y niños participantes, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por la Secretaría Distrital de Integración Social, no considerándose como un proceso terapéutico, Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado la o el profesional en psicología en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
2) Que la información que le brindo (brindamos) a la o el profesional en psicología corresponde a mí (nuestra) realidad, y es verdad.
3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día 10 Julio del mes Julio. del año 2024 en la ciudad de Bogotá D.C.

Acepto [X] No acepto [ ] (Marque con una x)

Firma padre o cuidador[4]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Leidy Joana Fuenmayor.
Firma madre o cuidadora[5]:
Nombres y apellidos completos: Leidy Joana Fuenmayor
Tipo y número de documento identidad: 1000934268

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos: Stefany Cárdenas V.
Tarjeta Profesional: 201035.

Observaciones: _____

[4] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.
[5] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

Powered by CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1023422366

(2).Nombres Niño-a: Sara Antonella, (3). Apellidos Niño-a: Tiana Fuenmayor

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual 02. (5).Fecha de Nacimiento día 23, Mes 03 Año 22.

(6). Nombre Padres/Cuidadores Leidy Johana Fuenmayor - Camilo Tiana

Madre adolescente: Si___ No X Menor de 14 años Si___ No X Entre 14 –17.11años Si___ No X.

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad NO Cuál _____ Etnias NO Víctima del conflicto armado NO.

(7).Fecha de Nacimiento día 27 Mes 03 Año 22. (8).Teléfono(s) 3003218163

(9).Dirección: Clle 75 A # 75 0 25 51

(10). Barrio: Santa viviana (11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA_____

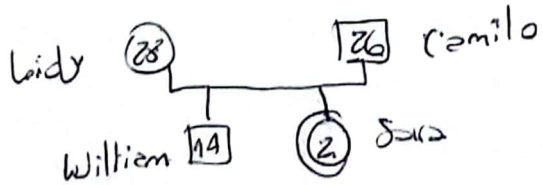
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES._____ 5. OTRA.____

CUAL_____(12).Localidad:. 19 (13). Jardín: manantial_____ (14).

Nivel PV B .(15). Tipología familiar: 1 Biparental: X 2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___ 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___7. De acogida: ____ (16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI____2. NO. _____ Cuál:_____ (17). La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado (escriba el código, de acuerdo con el instructivo)_____.

(18). La familia que consulta ha sido Víctima de Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO.____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: dia/mes/año: 24/JUL/10 (21). Acontecimientos significativos en el último año: No tiene

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1 Coordinador/a: X 2 Maestra/o X 3 Psicólogo-a: ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5 Padre/Madre/ ____ 6 Otro___, Cuál. _____ (23).Motivo de consulta: 1.Normas y Límites____, 2.Agresividad X, 3. Presunta Negligencia____, 4 Presunto Maltrato Infantil_____, 5.Presunto Abuso Sexual_____, 6.Consulta Socio-Legales_____, 7. Baja Corresponsabilidad_____, 8.Alteraciones del Desarrollo____, 9. Acompañamiento al proceso de Inclusión_____,10.Conductas

Powered by CamScanner

relacionadas con la Sexualidad____ 11 Expresión y manejo de las emociones y los sentimientos____, 12 Conflicto familiar____ 13 Maltrato Institucional: a Maestra/o___ b Salud___ c ICBF ___d Comisaria ____e Otro___ 14 Otro___ Cual_____

(24) Tipo de acción: 1 Orientación X 2 Asesoria ___ 3 Activación ruta RD ___

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No X Ruta de atención Género no Victima del conflicto armado no Discapacidad no

(25). SESIÓN No. UNO 10/07/2024

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Participante, acude a par, remitido su mejilla el día 06/06/2024. Responsable de servicio considera inadecuada atención y acompañamiento a la menor y familia por conductas de agresión evidenciadas.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Pagadita lee y firma consentimiento informado, refiere que entiende situación, en casa de retirar el comportamiento y menciona que agrede mandado desde los 6 meses, por parientes juegos bruscos con ella. Adicional

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

No refiere atenciones anteriores diferente al aire

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Nucleo familiar nucleado, progenitores laboran en servicios generales, progenitor gozan de seguridad, actualmente el hermano es estudiante de mayo gusto, Progenitores apoya en cuidado de primo ya son por horario laborales, edad 7 años
Red de apoyo Abuela Paterna.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Perinatal, si disparo parto a termino natural, sin complicaciones, no refiere hospitalizaciones, gateo 9 meses, caminó al 1 año y medio, primeras palabras "papá, mamá" no refiere frases verbales, actualmente mamá, papá, dichi, del resto señala sus necesidades

(26) Comportamiento y Caracteristicas de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señalo uno o varios llama según corresponda

a. Irritabilidad. 1. SI____2. NO____, b. Agresividad. 1. SI____2. NO____, c. Comportamiento inhibido. 1. SI____2. NO____. d. Dificultades concentración. 1. SI____2. NO____, e. Conductas sexuales catalogadas como

Powered by CamScanner

inapropiadas 1 SI___ 2 NO___. f. Cambios en los hábitos sociales 1 SI___ NO___. g. Reacciones emocionales afectivas 1 SI___ 2 NO___

(27). Acuerdos y Compromisos con los padres y/o acudientes:
- Acogida de orientaciones - cita de red extra escuela de padres
- visitas en pautas de crianza - limites y pautas en casa
- visibilidad en medios tecnologicos - observar de contacto
- no juegos agresivos - saber compartir y comunicación.

Nombre Psicólogo/a: Steray Cardenas V. Firma:

Nombre Padre/Cuidador-a: leidy joana fuenmayor Firma: leidy fuenmayor

(28). SESIÓN No. DOS

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ Firma: _____

Nombre Padre/Cuidador-a: _____ Firma: _____

(29). SESIÓN No. TRES

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ Firma: _____

Powered by CamScanner