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: 7744	Fecha de diligenciamiento: 10/07/2024.
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: JI CC Manantial	Localidad: 19.
Nombre de la niña o niño: Sofia Duarte Barragan	Edad: 4 años.
Nivel: PJ B.	Tipo y número documento de identidad: RC 1073551172
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Johana Paola Barragan Bohorquez.	
Edad: 26 años.	Tipo y número documento de identidad: CC 1001054184
Teléfonos de contacto: 3026621040	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 mediaren 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 suministrara 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 considerara 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, Johana Paola Barragan B. identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 1001054184. de Bogotá. y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Sara Sofia Duque Barragan. con tipo de documento y número de identificación CC 1073531172 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 del mes Julio del año 2024 en la ciudad de Bogotá. D.C

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

Johana Barragan.

Firma padre o cuidador[4]::

Nombres y apellidos completos:

Tipo y número de documento identidad:

Firma madre o cuidadora[5]:

Nombres y apellidos completos: Johana Paola Barragan Bohorquez.

Tipo y número de documento identidad: 1001054184

Firma de la o él profesional en Psicología:

Nombres y apellidos completos: Stefany Cortés 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: 1073631122

(2).Nombres Niño-a: Sara Sofía (3). Apellidos Niño-a: Duarte Barragan

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual 02 (5).Fecha de Nacimiento día 08, Mes 08 Año 20

(6). Nombre Padres/Cuidadores Jolana Barragan Bohorquez.

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 Victima del conflicto armado NO

(7).Fecha de Nacimiento día 28 Mes 8 Año 70 (8).Teléfono(s) 3026621040.

(9).Dirección: Cra 46B # 76 - 11 Sur

(10). Barrio: El Tanque. (11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA____

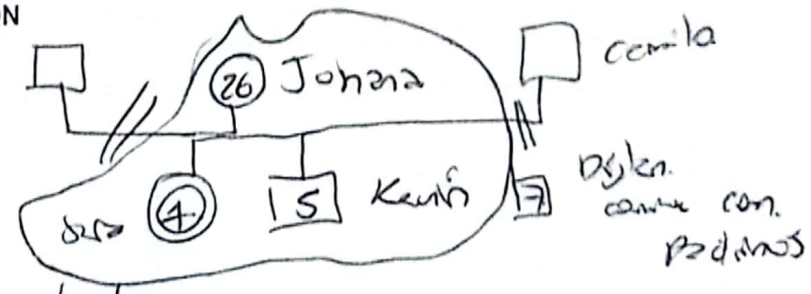
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES_____ 5. OTRA.____

CUAL_____(12).Localidad: 19 (13). Jardin: Horizonte (14).

Nivel PJB.(15). Tipología familiar: 1. Biparental: __2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: X 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___7. De acogida: ____ (16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI____2. NO. X 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 Victima de Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO. X

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: dia/mes/año: 10/09/24. (21). Acontecimientos significativos en el último año: No refiere

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a ___ 2. Maestra/o X 3.Psicólogo-a ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5.Padre/Madre/ ____ 6. Otro___, Cuál: _____ (23).Motivo de consulta: 1.Normas y Limites____, 2.Agresividad____, 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_X_.
13 Maltrato Institucional a Maestra/o___ b Salud____ c ICBF ____d. Comisaría _X_ e. Otro___. 14. UIF.
Otro____Cuál_____

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

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No_X_ Ruta de atención:

Género____ Victima del conflicto armado___ Discapacidad ___

(25). SESIÓN No. UNO 10/07/2024.

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Progenitora refiere a docente que su pareja la agredió el viernes 05/07/24, ella asiste a Fiscalía y mediante legal, sin embargo no notifica y comisaría a pesar de antecedentes, se acerca a Hospital Tunal, hospitalizada desde el viernes hasta el domingo.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Progenitora lee y firma consentimiento informado, refiere que ya menos cuida de menor mientras atención en Hospital, no se notifica novedad de hechos a comisaría pero refiere que caso de Igualdad de oportunidades para la mujer brinda atención y contacto telefónico oficio, mencionó contacto aquinea porque de ser necesario.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Registra anteriores atenciones por hechos donde el presunto agresor ANDRES CAMILO RAMIREZ TRIANA con CC 1012444356, y edad agresor, quien no convive en la vivienda. desde 3 meses; convivió hace 3 meses, relación de 10 meses.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

nucleo monoparental femenino. menor de 5 años. Kevin. estudiante y participante, progenitora labora hace ya mes aprox. como asesora.
Red Familiar cercana primos. de buena hijo mayor 7 años, no convive con ella. separación de progenitor de menor hace 2 años, consumo de SPA.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Dentral no observado, no complicaciones, pleno natural a termino, no hospitalizaciones, lactancia 2 meses, gateo 6 meses, camino 1 año, verbaliza comes. frases. mamá, papá. no limitación o dificultad reportada

(26) Comportamiento y Características de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señale uno o varios ítems según corresponda.

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

Powered by CamScanner

inapropiadas 1. SI___ 2. NO X f. Cambios en los hábitos sociales 1. SI___ NO X g. Reacciones emocionales-afectivas1. SI___ 2. NO X.

(27). Acuerdos y Compromisos con los padres y/o acudientes: - Acoger orientaciones brindadas respecto al reconocimiento de cuerpo y zonas genitales. - Acoger seguimiento de CTOM, Comisaría y psicología - Notificar acciones de entidades. - Gestión citas pediatría

Nombre Psicólogo/a: Stefany Caicedo V Firma: [signature]

Nombre Padre/Cuidador-a: Johana Paola Barragán B Firma: Johana Barragán

(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