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: Infancia	Fecha de diligenciamiento: 18-09-24
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: J.I Caminos de la Vida	Localidad: Ciudad Bolivar
Nombre de la niña o niño: Ordoñopoitti Thomas Ignacio	Edad: 4 años
Nivel: Jardin	Tipo y número documento de identidad: NUIP. 1029298594
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Mayly Carolina Rivera Gutierrez.	
Edad: 29 años	Tipo y número documento de identidad: C.C. 24502001
Teléfonos de contacto: 3154842468	Parentesco: Mamá

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

Scanned with CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mary Carolina Rivera Gutierrez identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 24502001 de Venezuela y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Thomas Ignacio Ordosgoitti Rivera con tipo de documento y número de identificación 1029198594 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 18 del mes Septiembre del año 2024 en la ciudad de Bogotá.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

- Mary Rivera
- PPT 6020166

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

Firma madre o cuidadora[5]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos:
Tarjeta Profesional:

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.

Scanned with CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1029298594

(2).Nombres Niño-a: Thomas Ignacio, **(3). Apellidos Niño-a:** Ordosgoitti

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 1, **(5).Fecha de Nacimiento día** 04, **Mes** 08 **Año** 19.

(6). Nombre Padres/Cuidadores Maury Carolina Rivera Gutierrez

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 05 **Mes** 11 **Año** 94. **(8).Teléfono(s)** 3154842468 **(9).Dirección:** Cl 62 Sur #75l 72

(10). Barrio: Mirador de la Estancia **(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín** 1. SDIS___2. MIXTA____

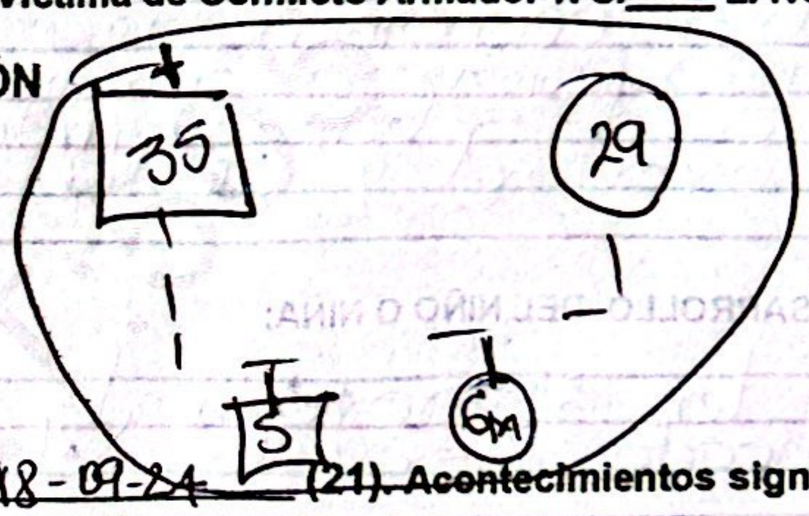
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES._____ 5. OTRA.___

CUAL_____**(12).Localidad:.** 19 **(13). Jardín:** Caminos de la vida **(14).**

Nivel Jardín **.(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.** 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)** NO.

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

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: día/mes/año: 18-09-24 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:** 2024

Nacimiento de la hija menor, hospitalizada por bronquiolitis y neumonía

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: X 2. Maestra/o: ___ 3.Psicólogo-a: ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5.Padre/Madre/.____ 6. Otro___, Cuál: _____. **(23).Motivo de consulta:** 1.Normas y Límites____, 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 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 NO c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. 14. 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 NO Víctima del conflicto armado NO Discapacidad NO

Scanned with CamScanner

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Por incumplimiento a los compromisos medicos (certificado odontologico).

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

En atencion con Progenitora, refiere que llevo cuatro meses tratando de solicitar la cita de odontologia no ha sido posible, por falta de tiempo y siempre que acude a EPS. Capital Salud le informan que no hay citas. Se orienta en garantia de derechos principalmente derecho a la Salud, interponer PQR ante Superintendencia de Salud

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Progenitora no reporta antecedentes psicosociales

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

El rol de apoyo economico para el hogar es el progenitor del niño, quien no desempeña como oficio, recibe el subsidio de sobrino, cuenta con red de apoyo emocional y afectiva la familia, papa y mama

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Thomas nace a las 37 Semanas de gestación, Cesarea, embarazo planeado, desarrollo del niño normal.

(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 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:

Progenitora se compromete a solicitar y citar y traer certificado odontologico, fecha limite 18-11-24

Nombre Psicólogo/a: Beatriz Pedraza Cabos **Firma:**

Nombre Padre/Cuidador-a: Mary Rivera **Firma:**