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: 26-SEP-24
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: J.I Caminos de la Vida	Localidad: Ciudad Bolivar
Nombre de la niña o niño: María José Lozano Torres	Edad: 5 años
Nivel: Jardín	Tipo y número documento de identidad: NUIP. 1025155564
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Víctor Alfonso Lozano Ramirez.	
Edad: 35 años	Tipo y número documento de identidad: C.C 1024492949
Teléfonos de contacto: 3142778455.	Parentesco: (Rápá) papá

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, Yicta Alfonso Lozano Ramirez identificada(o) con tipo y número de documento de identidad 1024492949 de Boyaca. y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Maria Jose Lozano Torres. con tipo de documento y número de identificación 1025156664 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 26 del mes Septiembre del año 2024 en la ciudad de Bogota.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

Yicta Alfonso Lozano Ramirez
CC. 1024492949
Yicta Lozano

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: 1025156664

(2).Nombres Niño-a: Maria jose, **(3). Apellidos Niño-a:** Lozano Torres.

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 2. **(5).Fecha de Nacimiento día** 21, **Mes** 09 **Año** 19.

(6). Nombre Padres/Cuidadores Victor Alfonso Lozano Ramirez.

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:

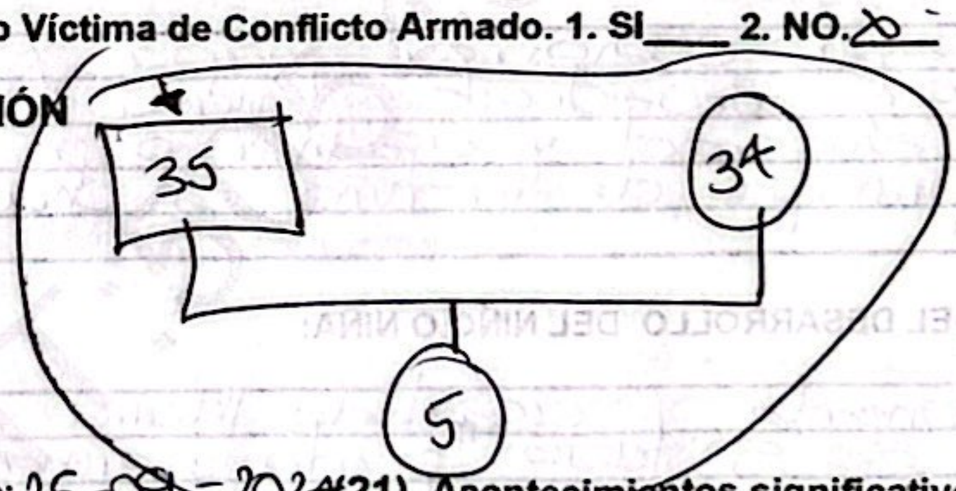
Discapacidad No **Cuál**_____ **Etnias** No **Víctima del conflicto armado** No.

(7).Fecha de Nacimiento día 5 **Mes** 7 **Año** 89. **(8).Teléfono(s)** 3142778455 **(9).Dirección:** K27B.#67A-7350

(10). Barrio: Tres Reyes I **(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** Jardin **.(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)** X.

(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: 26-09-2024 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:**_____

progenitor no reporta acontecimientos significativos

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 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 X c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. 14. Otro____Cuál_____

(24) Tipo de acción: 1.Orientación: X 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: No

*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

Scanned with CamScanner

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Por incumplimiento a los compromisos medicos. Crecimiento y desarrollo

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

En atención individual con progenitor, informa que ha dificultado con la EPS se ha dificultado la solicitud de cita medica, la progenitora cotizante de EPS, estuvo en mes sin trabajo por lo cual no tuvo como realizar los aportes de salud. En este momento la mamá se encuentra nuevamente laborando e iniciaran con la solicitud de cita, Sien embargo la EPS les informa que para obtener certificado deben pagar un valor aprox de $30.000

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Prosenitor no refiere antecedentes por psicologia

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Red de apoyo economica papá y mamá quienes trabajan (papa independiente y mamá Administrativa) red de apoyo emocional y afectiva papá y mama el la cuidadora principal de la niña es una familiar

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Embarazo planeado y aceptado, Maria nace a las 38 Semanas de gestación, parto normal, desarrollo 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:

Prosenitor se compromete a traer certificado medico como fecha limite octubre 25.-2024

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

Nombre Padre/Cuidador-a: Victor Alfonso Lozano **Firma:** Victor Lozano

Scanned with CamScanner