

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD Subdirección de Atención y Promoción de la Salud	PRESTACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DEL MODELO PEDAGOGICO INSTITUCIONAL	CÓDIGO	M-PSS-FT-152
		VERSIÓN	09
	VALORACIÓN SICOSOCIAL	PÁGINA	6 de 6
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

Considera pertinente el ingreso del NNA a IDIPRON ☒ SI ☐ NO (Aplica para NNA que solicita ingreso a internado y no ha ingresado a UPI) ¿Por qué?

20.1 DIRECCIONAR A: Redes intrasistémica ☐ Salud ☐ Sociolegal ☐ Educación ☐ Emprendimiento ☐ Espiritualidad
 Redes Intersectoriales: ¿Cuál(es)?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

21.1 Consentimiento informado asistido (NNA de 12 a 18 años de edad) y/o legal (NNA menores 12 años de edad)

Yo, obrando en calidad de representante(s) legal(es) del (la) NNA _____ y en conjunto con él (ella), certifico que he comprendido que la información que reciba el (a) psicólogo (a) es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante el proceso de valoración y/o atención brindado por el Instituto a través de su Modelo Pedagógico, el (a) psicólogo (a) detecta de manera clara que hay un evidente daño para el (la) NNA o para terceros (Artículo 2, numeral 5 de la Ley 1090 de septiembre 6 de 2006). Se me indicó que esta valoración busca establecer las áreas de ajuste que es necesario abordar en el (la) NNA a través de la atención integral que los profesionales del equipo psicosocial brindarán, con el fin de promover el goce efectivo de sus derechos; abordaje que será el adecuado a la situación de vulnerabilidad presentada y se inscribe dentro del marco de la psicología basada en la evidencia. El tiempo previsto para la atención psicosocial corresponde al necesario para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan de Atención Individual y Familiar. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y el (la) NNA, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para él (ella) o yo, caso en el cual el (a) profesional tratante evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el (la) NNA o para terceros, reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable. La inasistencia a los encuentros acordados sin que medie un aviso efectivo de parte del (la) NNA, será interpretada como un abandono del proceso, lo cual será comunicado a la instancia que corresponda. Una vez leído y comprendido el proceso que se seguirá, se firma el presente consentimiento informado el día ____ de ____ del año ____, en la ciudad de Bogotá, D.C.

21.2 Consentimiento informado pleno (Jóvenes de 18 a 28 años de edad)

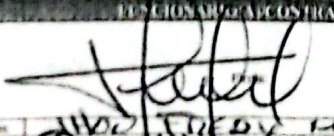
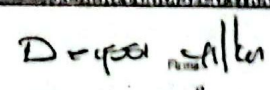
Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciba el (a) psicólogo (a) es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante el proceso de valoración y/o atención brindado por el Instituto a través de su Modelo Pedagógico, el (a) psicólogo (a) detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros (Artículo 2, numeral 5 de la Ley 1090 de septiembre 6 de 2006). Se me indicó que esta valoración busca establecer las áreas de ajuste que es necesario abordar a través de la atención integral que los profesionales del equipo psicosocial brindarán, con el fin de promover el goce efectivo de mis derechos; abordaje que será el adecuado a la situación de vulnerabilidad presentada y se inscribe dentro del marco de la psicología basada en la evidencia. El tiempo previsto para la atención psicosocial corresponde al necesario para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan de Atención Individual y Familiar. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí; caso en el cual el (a) profesional tratante evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para mí mismo o para terceros, reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable. La inasistencia a los encuentros acordados sin que medie un aviso efectivo de mi parte, será interpretada como un abandono del proceso, lo cual será comunicado a la instancia que corresponda. Una vez leído y comprendido el proceso que se seguirá, se firma el presente consentimiento informado el día 16 de 01 del año 2023 en la ciudad de Bogotá, D.C.

AVISO DE PRIVACIDAD

"Los datos personales aquí registrados serán tratados de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales que para tal fin dispone la Entidad y que puede ser consultada ingresar a la página web del IDIPRON <http://www.idipron.gov.co>".

Diligenciamiento de Valoración Sicosocial en (Marcar con X) (El diligenciamiento en físico aplica únicamente cuando el sistema de información institucional presente fallas para registro, cuando se realice el diligenciamiento en digital, debe implementarse únicamente la hoja para firmas, esta se anexa a la historia social.)

Físico	Digital
--------	---------

FIRMAS		FIRMAS	
FUNCIONARIO/A PSICOTERAPISTA		FUNCIONARIO/A CONTRATISTA	
			
Nombre y Apellido: <u>JUAN CAMILO PARRA</u> No. de documento: <u>80.211.1718</u> Profesión/Cargo: <u>Psicólogo</u>		Nombre y Apellido: <u>Deyan Gyllen</u> No. de documento: <u>1533651123</u> Profesión/Cargo: <u>J. Social</u>	
Firma: 		Firma: _____	
Nombre y Apellido: <u>Juan Camilo Parra</u> No. de documento: <u>80.211.1718</u>		Nombre y Apellido: _____ No. de documento: _____ Parentesco: _____ (Cargos Aplica solo a delincuentes de familia)	

