CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: DD / MM / AAAA

Yo, Rosa Nida González Asprilla, identificada/o con Cédula número 38.467.571, (y cuando aplique) representante de (esta familia o comunidad) Martínez González MANIFIESTO que:

1. Se me ha explicado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, en qué consiste la atención psicosocial y comprendo sus alcances y limitaciones.
2. Acepto recibir la atención psicosocial por parte del equipo interdisciplinario del PAPSIVI y me comprometo a participar activamente en el desarrollo de las acciones acordadas.
3. Entiendo que se solicitará mi autorización si se requiere hacer pública información detallada de mi caso para el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales en beneficio propio.
4. Comprendo y acepto que la información aquí recogida es confidencial y si se hace divulgación de esta será en forma anónima y con fines de elaboración de reportes e informes sobre análisis del la atención recibida.
5. Comprendo y acepto el diligenciamiento de los formatos requeridos por el PAPSIVI en cada una de las fases del proceso de atención psicosocial y el programa garantizará la confidencialidad y seguridad de la información.

COMPROMISOS

COMO PARTICIPANTE DEL PAPSIVI

1. A participar en este proceso y a cumplir con las citas o encuentros que se programen
2. Brindar la Información necesaria para el desarrollo del plan
3. Informar oportunamente dificultades para cumplir algún compromiso, reprogramarlo lo antes posible.
4. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.

COMO FUNCIONARIO

5. Estaré atento en todo momento a aclarar y ampliar información del proceso que se lleva a cabo.
6. Brindaré la información en forma oportuna de los hallazgos y resultados de las acciones que se llevan a cabo.
7. Actuar en todo momento de forma ética, respetuosa, y comprensiva.
8. Estoy dispuesto a brindar de buena fe mis conocimientos y habilidades para contribuir en el proceso de recuperación y reparación emocional que se pretende en el programa PAPSIVI.
9. Expresar oportuna y respetuosamente los desacuerdos que puedan ocurrir y estar en disposición de resolver las diferencias.
10. Hacer uso responsable y confidencial de la información generada en este proceso.

FIRMAS

DE QUIEN RECIBE LA ATENCION Rosa Nida González Asprilla

POR PARTE DE EQUIPO PAPSIVI Jimi B Tomas C.

I. Datos de contacto inicial

Scanned with CamScanner