	DIRECCION	Código: DIR-PROT-ADEG-FT-005	Página: 1 de 2
	CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR DE EDAD	Fecha emisión: 19/06/2018	Fecha revisión: 19/06/2018

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR DE EDAD

Yo, KELLY lorena laverde lopez , identificada(o) con la cédula de 53061 012 , actuando en calidad de representante legal del Briget veronica Ramos , **identificada con la Tarjeta de Identidad No.** 1019 057 504. , Manifiesto a ustedes que acepto el tratamiento ofrecido por la Institución en modalidad de INTERNO y que éste me fue explicado. Estamos enterados de los riesgos (Evasión, abandono del tratamiento , autoagresión que puede llevar incluso a la muerte) y beneficios (Inclusión social , rehabilitación , proyecto de vida estable) que podemos obtener con este tratamiento y es de nuestro conocimiento que el mismo se basa en el programa de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos (Modelo Minessota) el cual termina en el doceavo paso. Así mismo, entiendo y acepto que durante el primer mes mi acudido no tendrá visitas ni llamadas y que durante los tres primeros meses no tendrá salidas de ninguna índole, solamente si se presentase alguna urgencia.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un grupo de profesional (médico, Psiquiatra, Psicólogos , Trabajador social, terapeuta ocupacional y enfermeros).. Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado es confidencial y no será divulgada ni entregada a otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito a excepción de los funcionarios de la Fundación Aprender a Vivir, o cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de mi acudido o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

De igual forma Autorizo para que los profesionales consulten el caso de mi representado con otros profesionales de la institución o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente. Así mismo, comprendo y acepto que el tratamiento al que será sometido mi representado es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del profesional y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros.

Certifico que nos han leído los reglamentos internos de la institución y las condiciones de tratamiento que se rigen dentro de la misma. También se me han informado los derechos y deberes y sé dónde los puedo encontrar. Si decidimos terminar el proceso antes de que la fundación lo apruebe no tendremos derecho a devolución de dinero por ningún concepto y que si esta decisión es tomada un fin de semana (sábado, Domingo o festivo) deberemos esperar al día hábil.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Hemos leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos : Briget Veronica Ramos Lavcide

VERONICA RAMOS
FIRMA

Kelly lorena lavcide lopez
FIRMA FAMILIAR RESPONSABLE
C.C. No. 53 061 012
315 6233928
Cll 138D #154-14.
Kellylorena2720@gmail.com
FIRMA FAMILIAR RESPONSABLE
C.C. No.

Paulina Cadavez
PROFESIONAL QUE REALIZA EL INGRESO

7/01/2026
FECHA

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR POR:

_____

_____

_____