EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA
NIT. 860.035.447-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALORACIÓN Y/O INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha	9/12/2023
Nombre de la persona valorada	Camilo Enrique Beleño Ovalis
Número de Identificación	1019151023
Profesional de Psicología	Linda Estefania Baran

Fundamento Jurídico. El presente consentimiento informado se otorga en virtud a lo establecido en Articulo 23 de la Ley 1090 de 2006 teniendo en cuenta que: *"El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información"*. De igual forma en el literal A del artículo 25, existen excepciones tales como: *"Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades"*.

Metodología. La valoración psicológica consta de una sesión con el fin de abordar posibles situaciones en torno a XXX al interior del hogar, educativo y espacios comunitarios.

DECLARACION DEL USUARIO

Yo, Camilo Beleño identificado con C.C. 1019151023, *manifiesto que se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de esta valoración y/o intervención psicológica. He recibido información suficiente donde aclaro todas las dudas sobre el procedimiento que se llevara a cabo. Autorizo que el informe escrito y material anexo sea compartido con las autoridades competentes como: Comisarías de familia,* fiscalías o juzgados de familia si así lo requieren, de conformidad con el numeral quinto del artículo segundo de la ley 1090 del 2006 que dispone *"Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad"*.

En constancia de lo anterior firman,

USUARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL
C.C. No. DOCUMENTO
1019151023

LINDA ESTEFANIA BARON ANGEL
NOMBRE PROFESIONAL
Psicóloga/o.
T.P 138860 del CCP

Powered by CamScanner

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
MODELO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

FORMATO DE CANALIZACIÓN INDIVIDUAL A SERVICIOS DE SALUD

FECHA DE CANALIZACIÓN	9/12/2025	E.S.E. HOSPITAL DE REFERENCIA			San Antonio
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO	Camilo Beltrán	EDAD: 26 años		TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1014211023
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	Guatanta	21/08/1999		DIRECCIÓN	Kra 3 # 3-33
TELEFONO DE CONTACTO	3160477 04			TELEFONO DE CONTACTO ALTERNATIVO	-
ASEGURAMIENTO	SUBSIDIADO ☐	CONTRIBUTIVO ☒	ESPECIAL ☐	EPS/EAPB	Sanitas
	VINCULADO ☐	SIN AFILIACIÓN ☐			
Factores de riesgo según		Canalización Equipo Básico			SI ☐ NO ☐
Canalización equipos complementarios	SI ☐ NO ☐	Canalización servicios institucionales	SI ☐ NO ☐	Canalización a servicios sociales	SI ☐ NO ☐
MOTIVO DE ATENCIÓN:					

SERVICOS A LOS QUE SE CANALIZO AL USUARIO

4.
5.
6.

BREVE DESCRIPCIÓN QUE MOTIVA LA CANALIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

_____ Identificado (a) con ____ número _____ por medio de mi firma SI __ NO__
Que mi información sea compartida con otras entidades en el marco del proceso de la presente canalización.

PROFESIONAL QUE CANALIZA		USUARIO CANALIZADO	
Estefania Baran		FIRMA	[signature]
Profesional APS		OCUPACIÓN	Almacenista
[signature]		FIRMA	Camilo Bel

SERVICIO DE SALUD EFECTIVOS-EFICIENTES

SERVICIO	FECHA:	NOMBRE IPS:	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PRESTO EL SER

Validado por:	

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA BITACORA INTERVENCIONES ENTORNO EDUCATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-098 Versión: 1 Fecha de Aprobación: Oct 31 de 2024

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

FORMATO BITACORA DE INTERVENCIONES			
FECHA ABORDAJE INICIAL	9/12/2025	No. CASO	
NOMBRES Y APELLIDOS	Camila Enrique Beltrán		
DOCUMENTO IDENTIDAD	1019151023	EDAD	26 años
MUNICIPIO	Gutavita	DIRECCION	Centro
BARRIO / VEREDA	Centro	TELEFONO	3160477404
PERSONA DE CONTACTO (PADRE/MADRE, ACUDIENTE)			
NOMBRES Y APELLIDOS			
DIRECCION		TELEFONO	
PARENTEZCO CON EL USUARIO		EDAD	

EVENTO POR EL CUAL SE REALIZA ABORDAJE

Se realiza abordaje general de psicoeducación en salud mental y manejo del estres

DESCRIPCION BREVE DE LA DINAMICA FAMILIAR

vive con un amigo y su esposa. su familia está en Bolivar. la mamá vive en Bogotá. Tiene 5 hermanos. Refiere relación distante con papá y cercano con mamá.

ASPECTOS SOCIOECONOMICOS DEL NUCLEO FAMILIAR

Refiere que asume sus gastos, le ayuda a sus abuelos económicamente.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Ambiente social	la familia con la que vive Trabajo Alimentación saludable

Powered by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD GESTION DE LA SALUD PUBLICA BITACORA INTERVENCIONES ENTORNO EDUCATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-098 Versión: 1 Fecha de Aprobación: Oct 31 de 2024

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

ACCIONES REALIZADAS EN EL ABORDAJE INICIAL

Se realiza abordaje general y psicoeducación para el cuidado de la salud mental

PLAN A SEGUIR

seguimiento general.

SEGUIMIENTO 1 / REVISION DE COMPROMISOS DEL ABORDAJE ANTERIOR

FECHA	Marzo	LUGAR	Hospital San Antonio

Se realiza seguimiento con Camilo quien refiere sentirse estable en todas sus áreas.

NUEVOS HALLAZGOS

Se evalua ayuda para programar cita de odontología.

LOGROS / AVANCES DEL SEGUIMIENTO

No se logra agendar cita para odontología debido a EPS compensar. y se remite al usuario a realizar la autogestión.

Powered by CamScanner

"Señor Ciudadano, autoriza a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar sus datos personales para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad, de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente. Así mismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico habeasdata@saludpublica.gov.co"

MOTIVO DEL CIERRE DE CASO	Si aún no requiere cerrar el caso, añada los componentes desde la información condensada en **"SEGUIMIENTO 1 / REVISION DE COMPROMISOS DEL ABORDAJE ANTERIOR".** *De lo contrario, exponga los argumentos para cierre del caso.* Alcance en la canalitación. Estabilidad
FECHA CIERRE DE CASO	Marzo 2026

Firmas de usuarios, profesional y acudiente.

Nombre profesional. TP. 138860	Nombre del estudiante. (Tipo y número de documento). 1019151023	N.A. Nombre acudiente. (Tipo y número de documento).

Powered by CamScanner