

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actuando en calidad de padres del / de la menor de edad \_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_, manifestamos nuestra aceptación al tratamiento psicológico ofrecido por el doctor Juan Camilo Mantilla y que ha sido explicado y entendido por nosotros y cuyas condiciones generales nos han sido aclaradas por el doctor.

Tenemos pleno conocimiento y aceptamos que el tratamiento y la situación personal de mi nuestro(a) hijo(a) sean discutidas con otros profesionales competentes si así lo considera el doctor Mantilla, con el fin de ofrecerle un tratamiento interdisciplinario si se hace necesario. Por esta razón, autorizamos al doctor para que consulte su caso con otros profesionales o terceros expertos, o que lo(a) remita a consulta con un especialista para brindarle el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta nos será comunicado verbalmente.

Entendemos que toda información concerniente a la evaluación y tratamiento de nuestro hijo(a), incluyendo cualquier grabación de audio, video, sesiones de cámara de Gesell o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgados ni entregados a ninguna institución o individuo sin nuestro consentimiento expreso, excepto cuando la orden provenga de una autoridad judicial competente. También entendemos y por lo tanto estamos 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 nuestro(a) hijo(a) 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 el doctor Mantilla en concepto verbal o escrito que será puesto en nuestro conocimiento y que no tiene que contar con nuestra aceptación expresa.

Entendemos y aceptamos que el tratamiento que le brindan a nuestro(a) hijo(a) es llevado a cabo con base en modelos psicológicos alternativos idóneos y efectivos y al modelo humanista fenomenológico existencial, de acuerdo con el criterio que el doctor tenga con respecto al mejor tratamiento para llevar el caso de nuestro(a) hijo(a), atendiendo al mejor esfuerzo del doctor y al ser conscientes de que en unos casos, dichos modelos funcionan mejor que en otros. La decisión se tomará con base a una profunda evaluación y una vez analizadas las preferencias y creencias tanto nuestras como padres, como de nuestro(a) hijo(a) y de sus variables sintomáticas, socioculturales, conductuales, emotivas y cognitivas. Adicionalmente, reconocemos que la información que brindamos es verdad y corresponde a nuestra realidad y a la de nuestro(a) hijo(a), ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

Accediendo a las facilidades ofrecidas por el doctor, bajo ciertas circunstancias y de común acuerdo, también podemos programar sesiones online, a través de una plataforma de comunicación interactiva que permita el intercambio de video, imágenes, y voz en tiempo real, la cual será escogida de por doctor. Me comprometo a cumplir con los requerimientos técnicos para llevar a cabo las sesiones y soy consciente de que en ocasiones se pueden presentar inconvenientes en la velocidad y en la transmisión de datos, video o audio, lo cual estamos dispuestos a asumir, reconociendo el esfuerzo del doctor por ofrecer un servicio de calidad, y una alternativa que nos brinda la posibilidad de recibir ayuda psicológica.

Entendemos que la duración del tratamiento depende de la severidad del caso y que el número de sesiones por semana podrá variar de acuerdo con el criterio del doctor y de los acuerdos a los que se lleguen durante las mismas. Durante las primeras sesiones se hará énfasis en la evaluación del caso y se nos informará de cómo se nos podrá ayudar. Si por alguna razón el doctor no puede atender el caso u ofrecer el tipo de servicio que requerimos, seremos remitidos a la entidad o al profesional apropiado.

También conocemos que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por nuestro(a) hijo(a) y de ser necesario por nosotros en calidad de padres. El proceso terapéutico requiere del compromiso de nuestro(a) hijo(a) y del de nosotros, en aspectos tales como asistencia, puntualidad y participación y además de colaboración en diligenciar una serie de documentos, pruebas psicométricas y/o proyectivas, con información personal que será utilizada para la evaluación y el tratamiento.

Somos conscientes que las sesiones tienen una duración de 50 minutos y que en caso de que nuestro(a) hijo(a) no pueda asistir a una consulta programada previamente, es nuestro deber cancelar con al menos 3 horas de anticipación, para evitar el pago de la tarifa plena de la misma y de esta manera poder programar una nueva sesión. En caso de que nuestro(a) hijo(a) llegue tarde a una sesión se le atenderá el tiempo restante.

En forma expresa manifestamos que hemos leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia aceptamos su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Hemos leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos (Padre): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

N° Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombres y Apellidos (Madre): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

N° Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_