**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BRINDAR LA ORIENTACIÓN OPORTUNA, CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USUARIOS CON RIESGO EN SALUD MENTAL**

Usted recibirá atención por parte de profesionales en el área de Psicología, quienes se encuentran en la capacidad de brindar apoyo a través de visita de seguimiento, entrevista, y aplicación de tamizajes, entre otros; con el fin de identificar, prevenir y canalizar los eventos de riesgo en salud mental u otras dimensiones de interés, hacia los servicios de salud del municipio de Ibagué. También se indica que toda información concerniente a su caso será confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento; excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente o cuando se ponga en grave peligro su integridad o la de algún miembro de su comunidad (Ley 1090 del 2006).

Manifiesto que ha recibido toda la información necesaria acerca de las implicaciones y alcances de la orientación psicológica, así como el derecho de suspender el seguimiento de mi caso, si así lo considero (Ley 1090 del 2006).

Declaro estar debidamente informado y haber comprendido la naturaleza de este seguimiento, el cual acepto por parte de los profesionales de la secretaría de salud municipal.

Nombre de usuari@: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de usuari@: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #Doc. Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona responsable en caso de ser menor de edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #Doc. Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de persona responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional de la secretaria de Salud de Ibagué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificad@ con CC N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reconocida por el Colegio Colombiano de Psicólogos con tarjeta profesional N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL PROFESIONAL**