**CONSENTIMIENTO INFORMADO ASESORIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA | | |
| **Día** | **Mes** | **Año** |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, colaborador del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR en el área/grupo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el cargo y profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se me ha informado la naturaleza y objeto de la asesoría individual que tendré con el/la psicólogo/a especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo de ARL POSITIVA. Entiendo que, según los lineamientos internos de la entidad, esta actividad, NO hace parte de un proceso terapéutico clínico sino de una asesoría individual psicosocial ocupacional, como parte de las actividades del programa de vigilancia epidemiológica de peligro psicosocial.

Es de aclarar que la asesoría psicológica no reemplaza los servicios de salud que son obligación de la respectiva EPS del colaborador. Igualmente, no es competencia del psicólogo externo realizar dictámenes, emitir informes de ningún tipo, ni entregar soportes tales como historias clínicas ni conceptos dado que se trata de un espacio de promoción y prevención que no se extiende a más de 2 sesiones por persona, esta información es reportada a usted por el psicólogo externo de ARL Positiva.

como evidencia de intervención, se encuentra la lista de asistencia y un formato de Excel codificado y publicado como anexo al programa de vigilancia del peligro psicosocial de la entidad.

La recomendación que me brinde el psicólogo será para aplicación a nivel laboral y extralaboral y se entregarán de manera verbal según lo estipulado en los lineamientos internos.

Firma del trabajador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
C.C.