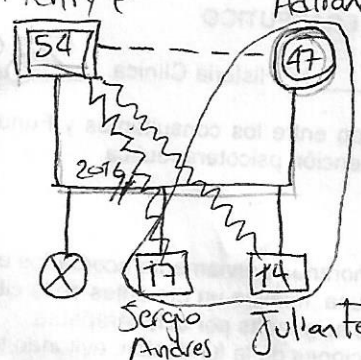




Funcionario del Estado
Henry G.
Funcionario del Estado
Adriana R.

23844



Como parte del consentimiento informado, los consultantes dan a continuación su consentimiento a lo siguiente:

1. Ejercicios de co-terapia (participación de uno profesional en el proceso de terapia).
2. Realización de sesión telefónica (estudio del caso en equipo profesional, en formato de audio o video).
3. Grabación de la sesión en audio o video.
4. Ejercicios en cámara de Google.

Nota:

1. Al recibir el consentimiento o cumplimiento se debe por escrito el consentimiento, en caso de no haberlo, el consentimiento o cumplimiento se debe por escrito el consentimiento, en caso de no haberlo.
2. El consentimiento o cumplimiento se debe por escrito el consentimiento, en caso de no haberlo.
3. La entidad remitente o terceros pueden solicitar información del caso, siempre bajo la autorización de la entidad remitente o terceros.
4. De ser requerido por el consultante se generará un informe de la sesión en la entidad remitente o terceros.
5. La sesión tiene una duración aproximada de 45 minutos, en caso de extenderse el tiempo se generará un informe adicional.
6. La historia clínica es un documento sagrado, confidencial, que no será compartida con otros, excepto por parte de un juez de la familia.

EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO SERA DIRIGIDO POR EL PROFESIONAL ASIGNADO, QUIEN HARE UN COMPROMISO DE ETICA, CONFIDENCIALIDAD Y PUNTUALIDAD DE ACUERDO AL CODIGO DEONTOLÓGICO DE LA PSICOLOGIA EN COLOMBIA (Ley 1090 del 2006).

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Nombre Terapeuta: *[Handwritten name]*
T.P. Documento: *[Handwritten number]*