



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

Bogotá, D.C., 26 de marzo de 2020

Señores

**DIRECTORES DISPENSARIOS MÉDICOS Y ESTABLECIMIENTOS DE
SANIDAD MILITAR**

Asunto : Formatos Consentimientos y Desistimientos Informados V3

En el marco de la Ley 1090 de 2006, Capítulo III. Artículo 36. Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional, se hace necesario dejar registro del consentimiento y desistimiento informado de las diferentes intervenciones psicológicas que se realizara al usuario.

En este sentido, el *consentimiento informado* en psicología es un deber del psicólogo y un derecho del usuario¹. Como deber es la obligación del profesional de la psicología de informar al usuario de manera clara, oportuna, veraz y completa del proceso que seguirá en la prestación de sus servicios en cualquier área de la psicología, cerciorándose y asegurándose de que el usuario lo ha entendido, siendo un derecho del usuario recibir dicha información y dar su consentimiento para la intervención psicológica de manera libre y autónoma.

Así mismo, en la Doctrina No. 3 hace referencia que el consentimiento informado, más que un derecho y un deber, es un proceso dialógico en razón a que se establece entre el psicólogo y el usuario, un diálogo entre dos partes, y su objetivo es la búsqueda de mecanismos y estrategias psicológicas en procura del bienestar del usuario. Se dice que hay responsabilidad objetiva con el solo hecho de establecer el vínculo de causalidad entre una acción y un resultado. No se analizan las circunstancias de tiempo, modo, lugar ni las condiciones subjetivas del actor de la acción.

Dentro de la información que el psicólogo debe proporcionarle al usuario, en ese proceso dialógico, antes de que este de su consentimiento, está la de informarle sobre la intervención misma, los previsible resultados, su efectos deseables y adversos, el uso que se le dará a la información obtenida, las limitaciones al secreto profesional y las consecuencias jurídicas que se pudieran presentar como consecuencia de la intervención (Hernández, 2013)².

¹ Doctrina No. 3. Consentimiento informado en el ejercicio de la psicología en Colombia (2018). COLPSIC.

² Hernández, G. (2013). El consentimiento informado en psicología, una reflexión personal. Disponible en http://tribunales.colpsic.com/tribunales_reflex_archivos/DOC_EL_CONSENTIMIENTO.pdf



2020 AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA PROFESIONALIZACIÓN MILITAR
Y COHESIÓN DE LA FUERZA

Entrada Principal Carrera 7 No.52 – 48 DISAN
4261434 Ext. xxxxxx

Dirección página web. www.disanejercito.mil.co



SC6310-1





Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPEF-DISAN-29.25

En los casos específicos de la psicología clínica y de la salud, el psicólogo deberá informar sobre las circunstancias relacionadas con el estado de salud mental del usuario, cuando estas sean de su competencia, del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan de la intervención, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social, tal como lo dispone el artículo 6º, numeral 2º de la Ley 1616 de 2013.

Por lo anterior, me permito enviar los formatos de consentimientos y desistimientos informados, así:

- Consentimiento Informado Atención Psicológica Adulto
- Consentimiento Informado Atención Psicológica Menor de Edad
- Desistimiento Informado Atención Psicológica Para Menores de Edad
- Desistimiento Informado Atención Psicológica Para Adultos
- Consentimiento Informado Atención Clínica en Trastornos Mentales y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (Spa)
- Consentimiento Informado para la Toma de Muestra de VIH

Atentamente,


Coronel AN STRONGH POLANIA DUCUARA

Oficial Gestión Jurídica con funciones administrativas de Director de Sanidad (E)

Anexo: Consentimientos y Desistimientos Informados servicio Psicología (06 folios).

Elaboró: SMSM. Lisseth Méndez Rodríguez Gutiérrez
Psicóloga Clínica Vigilancia Epidemiológica SM

SMSM. Ibeth Patricia Meza Negrete
Psicóloga Clínica

Revisó: TE. Jessica Alexandra Cabezas López
Oficial Vigilancia Epidemiológica SM

Aprobó: My. Patricia Spier Martínez
Jefe Salud Mental DISAN



2020 AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA PROFESIONALIZACIÓN MILITAR
Y COHESIÓN DE LA FUERZA

Entrada Principal Carrera 7 No.52 – 48 DISAN
4261434

Dirección página web. www.disanejercito.mil.co



SCE310-1





Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA ADULTO

Fecha: Día ____ Mes _____ Año ____ Hora _____ Ciudad _____

Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto mi aceptación del tratamiento ofrecido y que ha sido explicado y entendido por mí, cuyas condiciones generales las ha aclarado el Psicólogo(a).

Tengo pleno conocimiento y acepto mi evaluación y tratamiento o terapias psicológicas concernientes, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, las cuales son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física, mental 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 psicólogo(a) en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

Autorizo al psicólogo(a) para que consulte mi caso con otros profesionales expertos, o remitirme a consulta con otros especialistas para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

También conozco que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el psicólogo(a) para la evaluación y tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por mí. El proceso terapéutico requiere del compromiso mío en aspectos tales como: asistencia, puntualidad, participación, colaboración en diligenciar una serie de documentos, pruebas psicométricas, de personalidad, entre otras, etc., con información personal que serán utilizadas para la evaluación y tratamiento.

Se me ha instruido que este documento es legal, sustentado bajo el principio de la autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y en ejercicio y código de ética, correspondientes a las distintas profesiones de la salud. Estipulados de la siguiente manera: Medicina (Ética Médica), Ley 23 de 1981 Capítulos I, II y III, Psicología Ley 1090 de 2006, Doctrina No. 01 junio de 2011 manejo de la historia clínica en todos los campos de aplicación la Psicología; Bacteriología Ley 841 de 2003 títulos I y IV, Enfermería Ley 911 de 2004. De la norma sobre el manejo de la historia clínica Resolución 1995 de 1999. De la norma sobre el archivo de documentos Circular No. 2 (Archivo General de la Nación) y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999; y de la Resolución 13437 donde se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, o las normas que los modifiquen, adiciones o sustituyan, y demás normas concordantes.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante:

Documento de Identidad (tipo y número)





Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA MENOR DE EDAD

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Ciudad ____

Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en mi calidad de representante legal del menor de edad _____ identificado(a) con el número de identidad _____, manifiesto mi aceptación del tratamiento ofrecido y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales las ha aclarado el Psicólogo(a).

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por el profesional en psicología; entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy 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 mi representado 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 psicólogo en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

Autorizo al psicólogo(a) para que consulte el caso de mi representado con otros profesionales o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento que me brindan es llevado a cabo con base en el modelo psicológico empírico analítico. Adicionalmente, reconozco que la información que brindo es verdad y corresponde a mi realidad y a la de mi representado, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

También conozco que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el practicante para la evaluación y tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por mi representado y de ser necesario por mí. El proceso terapéutico requiere del compromiso de mi representado y del mío en aspectos tales como asistencia, puntualidad y participación y además de colaboración en diligenciar una serie de documentos, pruebas psicométricas, con información personal que será utilizada para la evaluación y tratamiento.

Se me ha instruido que este documento es legal, sustentado bajo el principio de la autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y en ejercicio y código de ética, correspondientes a las distintas profesiones de la salud. Estipulados de la siguiente manera: Medicina (Ética Médica), Ley 23 de 1981 Capítulos I, II y III, Psicología Ley 1090 de 2006, Doctrina No. 01 junio de 2011 manejo de la historia clínica en todos los campos de aplicación la Psicología; Bacteriología Ley 841 de 2003 títulos I y IV, Enfermería Ley 911 de 2004. De la norma sobre el manejo de la historia clínica Resolución 1995 de 1999. De la norma sobre el archivo de documentos Circular No. 2 (Archivo General de la Nación) y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999; y de la Resolución 13437 donde se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, o las normas que los modifiquen, adiciones o sustituyan, y demás normas concordantes.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante:

Documento de Identidad (tipo y número)





Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

DESESTIMIENTO INFORMADO ATENCION PSICOLÓGICA PARA MENORES DE EDAD

Fecha: Día ____ Mes _____ Año ____ Hora _____ Ciudad _____

Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en mi calidad de representante legal del menor de edad _____ identificado(a) con el número de identidad _____, por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi desistimiento, para la realización del (los) procedimientos (s) a mi representado:

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento establecido para mi representado, y que el profesional de salud mental posee la idoneidad y la entrenamiento suficiente; me han sido explicadas la implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante:

Documento de Identidad (tipo y número)

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Ciudad ____

Yo, _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi desistimiento, para la realización del (los) procedimiento(s): _____

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento establecido y que el profesional de salud mental posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente; me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

NOTA: Cuando se trate de un paciente que no esté en capacidad de otorgar el desistimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Nombre y firma de la/el paciente:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal:

Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante:

Documento de Identidad (tipo y número)



Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN CLÍNICA EN TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA)

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Ciudad ____

Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar

Yo, _____, identificado con _____ con diagnóstico clínico relacionado con posible Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), mediante este documento certifico que he sido informado(a) por el profesional de la salud mental sobre las siguientes modalidades de intervención, procedimiento y planes de tratamiento incluidos dentro de la atención clínica en Trastorno Mental y del Comportamiento Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), que requiero:

- A. Ambulatoria
- B. Residencial
- C. Clínica día
- D. Otra

Se me ha informado que este servicio es integral y que las actividades, intervenciones, procedimientos o plan de tratamiento pueden tener efectos secundarios o complicaciones, y también se me han explicado los riesgos y beneficios, así como el tiempo posible para obtener un nivel de eficacia y evolución de mi diagnóstico. Se me permitió preguntar y aclarar dudas generadas sobre la atención.

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, que se seguirán a lo largo del proceso, y me ha quedado claro que al otorgar mi consentimiento me comprometo a:

A. Suministrar información veraz, ya que de ello dependerá el éxito de la intervención. B. Asistir puntualmente a las sesiones programadas, cumplir con el tiempo asignado para cada una y adelantar los registros y tareas que sean determinados por el equipo de salud. C. Permitir convocar a los miembros de mi familia que sean solicitados por el profesional tratante. D. Facilitar las muestras necesarias para exámenes periódicos de seguimiento del control y detección de alcohol y/o drogas, durante el tiempo que dure mi tratamiento, teniendo en cuenta el protocolo establecido y/o cuando el personal de salud considere conveniente. E. Mantenerme durante y después del tratamiento libre de consumo de Sustancias Psicoactivas, entendiendo que, de no ser así, los resultados de mi tratamiento no serán garantizados. F. Cumplir con las tareas dentro del contexto terapéutico, así como las prescripciones enviadas por los profesionales para trabajo en casa. G. En caso de evasión del centro de tratamiento o alta voluntaria, se entenderá que estoy desistiendo del mismo y se considerará ABANDONO DE TRATAMIENTO. H. Así mismo, de no asistir a las sesiones programadas, sin causa justificada, después de tres inasistencias, se cerrará mi caso por ABANDONO DE TRATAMIENTO.

Así mismo, autorizo a los profesionales que me brindan atención en el programa de consumo de SPA para que en caso de existir riesgo sobre mi integridad y/o sobre mi familia o terceros, puedan revelar los aspectos que se requieran para proteger la vida. En el caso de que algún tercero requiera un informe acerca del proceso, éste deberá ser solicitado por escrito y enviado previo consentimiento del consultante o representante legal, excepto en los casos en que sea solicitado por instancia judicial competente.

Si durante el curso del tratamiento llegó a presentar reactivación sintomática de mi patología, conductas impulsivas, con riesgo de auto agresividad y/o heteroagresividad y que puedan comprometer mi vida o la de otros, yo y/o mi representante legal nos comprometemos a asistir en el menor tiempo posible al servicio de urgencias en el Establecimiento de Sanidad Militar más





Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

cercano o a la IPS contratada para tal fin.

Se me ha instruido que este documento es legal, sustentado bajo el principio de la autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia, y en el ejercicio y Código de Ética correspondientes a las distintas profesiones de la salud, estipulados de la siguiente manera: Medicina (Ética Médica) Ley 23 de 1981 capítulos I, II y III; Psicología Ley 1090 de 2000; Bacteriología Ley 841 de 2003 títulos I y IV; Enfermería Ley 911 de 2004. De la norma sobre el manejo de la historia clínica Res. 1995 de 1999. De la norma sobre archivo de documentos, Circular No. 2 (Archivo General de la Nación) y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999; y de la resolución 13437 donde se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, o las normas que los modifiquen, adiciones o sustituyan, y demás normas concordantes.

Por lo tanto, autorizo al profesional de salud mental y a los demás representantes del equipo terapéutico en representación del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, iniciar el proceso de evaluación interdisciplinaria y la intervención clínica de mi caso en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, dejando constancia así mismo que he sido debidamente informado/a de las condiciones que este demanda.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido en su totalidad este documento y por consiguiente acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el consentimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Nombre y firma de la/el paciente:	Documento de Identidad (tipo y número)
_____ 	_____
Nombre y firma de familiar o representante Legal:	Documento de Identidad (tipo y número)
_____ 	_____
Nombre y firma del Profesional Tratante:	Documento de Identidad (tipo y número)
_____ 	_____



Al contestar, cite este número

Radicado No. 2020332001783073 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-29.25

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE VIH

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Ciudad ____

Nombre del Establecimiento de Sanidad Militar

El consentimiento informado es una “manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la asesoría pre prueba, con el fin de realizarle el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica” (Decreto No. 1543 de 1997, Capítulo I, Artículo 2, Ministerio de Salud Pública, Colombia).

Yo: _____, certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste este consentimiento informado y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de realizarme una prueba diagnóstica para VIH.

En virtud de ello:

He recibido consejería pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas).

He discutido el procedimiento a seguir con la persona que me realizó la asesoría, lo he comprendido y estoy de acuerdo.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que, según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos prueba (procedimiento mediante el cual me entregaron mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra para la prueba de detección del VIH es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento anterior a la toma de la muestra de sangre.

Se me informo de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen y que en caso de un resultado positivo se me confirmara el diagnóstico basado en los algoritmos de diagnóstico de infección por VIH que expide el ministerio de salud y protección social ya que pueden existir falsos positivos.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por el VIH.

NOTA: Cuando se trate de un paciente que no esté en capacidad de otorgar el desistimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Nombre y firma de la/el paciente: Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma de familiar o representante Legal: Documento de Identidad (tipo y número)

Nombre y firma del Profesional Tratante: Documento de Identidad (tipo y número)