**SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL**

**PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO**
	1. DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos  |  | Nombres |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEXO: | Masculino |  | Femenino |  | Cédula: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EDAD: | Años  |  | Fecha de Nacimiento: | DIA |  | MES |  | AÑO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de nacimiento |  |  | Departamento |  |
| Domicilio:  | Dirección |  | Tel |  |
| Municipio |  | Departamento |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado civil: | Soltero |  | Casado |  | Separado |  |  Viudo |  | Unión libre |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel Académico: | Primaria |  |  Secundaria |  | Tecnológico |  | Universitario |  | Postgrado |  |

Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciba el psicólogo es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante la evaluación o el tratamiento, el psicólogo detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros (se le explicará el destinatario y el manejo de la información y las consecuencias de la misma).

En caso de ambientes legales, se hará especial énfasis en la no autoincriminación y la no observancia del secreto profesional. Se me indicó que el procedimiento a seguir es revisar las diferentes áreas de ajuste (social, familiar, académica, de salud y laboral) con el fin de actualizar el sistema de vigilancia epidemiológica en lo relativo a riesgo psicosocial.

Adicionalmente se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

**FIRMA Y CÉDULA DEL EVALUADO**

**FIRMA DEL PROFESIONAL T.P.**