***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIOS DEL CENTRO DE INTERVENCION Y APOYO PSICOLOGICO VIRTUAL CIAP-V DE UNIVERSIDAD DE ACONCAGUA***

**Información general:**

Centro de intervención y apoyo psicológico virtual (CIAP-V) de Universidad de Aconcagua, es un proyecto que busca entregar de manera gratuita apoyo psicológico en temáticas de baja y mediana complejidad a la comunidad académica de la universidad (estudiantes, docentes y funcionarios) y a la comunidad en general, al tiempo que se convierte en un espacio para estudiantes de la carrera de Psicología que cursan tanto prácticas tempranas como prácticas profesionales durante el último semestre de la carrera (decimo semestre) y se orientan hacia el área clínica de la misma.

El Usuario del servicio será derivado hacia un estudiante practicante que lo intervendrá en la modalidad on-line a través de video conferencia y aula virtual UAC. El estudiante estará apoyado por un docente guía, el cual puede participar como oyente o co-terapeuta de una sesión que mantenga con el estudiante practicante. De igual manera, algunas sesiones pueden ser grabadas (sólo audio, sólo video, audio y video) de manera aleatoria para ser utilizada con fines académicos (análisis de caso en grupo o individual, así como seguimiento y orientación del ejercicio profesional del estudiante practicante a cargo del caso).

**Confidencialidad**

La información que se obtenga de su participación como usuario de CIAP-V, será utilizada únicamente con fines académicos asociados a la formación en el área clínica de futuros psicólogos/as. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de la información y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

**Temáticas que CIAP-V no intervendrá debido a la complejidad que supone:**

El proyecto CIAP-V de Universidad de Aconcagua aborda temáticas cuya complejidad (baja y mediana) no requiera necesariamente del apoyo sistemático de otro profesional de la salud que no sea un psicólogo/a, por lo que aquel usuario cuya temática particular exceda lo anteriormente indicado, no podrá hacer uso del servicio entregado por CIAP-V, ejemplo de temáticas no abordadas son:

Cuadros depresivos mayores, intentos e ideaciones suicidas, abuso de sustancias (drogodependencia), VIF (violencia intra familiar), abuso sexual y/o violación, cuadros psicóticos, presencia de enfermedades mentales psiquiátricas que ameriten o se encuentren con medicación, cuadros descompensados psiquiátricos pre existentes o de necesidad diagnostica médica psiquiátrica, pacientes judicializados.

**Derecho a rehusar y a retirar**

A fin de formalizar su participación como usuario del servicio que entrega CIAP-V y proceder en un futuro cercano con su derivación hacia un estudiante practicante para ser intervenido, si usted **acepta participar**, encierre en un círculo o marque con una cruz **Sí**. Podrá dejar de participar en cualquier momento que desee y ello no implicara ningún perjuicio hacia su persona, a excepción de dejar el proceso terapéutico que comenzó. De igual manera se informa que usted puede retirarse en cualquier momento de este proceso en caso de estimarlo pertinente.

**Participar:** SI NO

**Declaración de consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo al menor de edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para participar como usuario en el CIAP-V. He leído la información, o me la han leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Declaro saber que mi participación como usuario de CIAP-V de Universidad de Aconcagua significa que seré atendido por un estudiante en la calidad de practicante de la carrera de Psicologia y que existe la posibilidad de que mis sesiones sean grabadas, analizadas y que el docente a cargo del estudiante practicante asignado hacia mi persona y que el mismo puede participar como oyente, así como co-terapeuta conjunto con el estudiante practicante asignado hacia mi persona.

Consiento voluntariamente que se recabe información personal y confidencialidad de mi persona, para estricto uso académico y terapéutico.

**Firma Participante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: (día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_\_\_\_**

**IMPORTANTE: Con la finalidad de trasparentar este proceso, el presente documento debe ser impreso, rellenado a mano por el usuario, escaneado y enviado vía correo electrónico a** **XXXXXXX@uac.cl** **(docente guía de prácticas) para ser gestionado. De no encontrarse este consentimiento en la documentación asociada a la solicitud de atención CIAP-V, no se procederá con la derivación hacia un estudiante practicante para su atención.**