



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN INDIVIDUAL DE MENORES DE EDAD – Lienzotú

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Acudiente (padre/madre/tutor): \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

## 1. ACEPTACIÓN DEL SERVICIO

Autorizo que el/la menor reciba **terapia psicológica individual en modalidad virtual** a través de la plataforma **Lienzotú**, con un profesional de la salud mental debidamente habilitado.

Declaro comprender que **Lienzotú es una plataforma tecnológica** que conecta usuarios y terapeutas, y que **no presta servicios clínicos ni asume responsabilidad sobre las decisiones, intervenciones o manejo del caso**, los cuales son **exclusiva responsabilidad del terapeuta**.

## 2. RESPONSABILIDAD DEL TERAPEUTA

Reconozco que el profesional asignado es **independiente** y responsable de:

- la conducción de sus sesiones,
- el manejo clínico,
- la historia clínica,
- la confidencialidad,
- el cumplimiento de la Ley 1090 de 2006 y demás normas éticas y legales aplicables.



### 3. CONFIDENCIALIDAD Y EXCEPCIONES

Entiendo que la información del menor es **confidencial**, salvo cuando exista:

- riesgo para la vida o integridad del menor o de terceros,
- sospecha de violencia, abuso o negligencia (obligación legal de reporte),
- orden de autoridad competente.

En tales casos, el terapeuta podrá revelar la información estrictamente necesaria.

### 4. MANEJO DE DATOS PERSONALES

Autorizo el tratamiento de los datos personales del menor y del acudiente conforme a la **Ley 1581 de 2012**.

Lienzotú podrá almacenar los **datos mínimos necesarios para operar la plataforma**, sin acceder al contenido clínico de las sesiones, que permanece bajo control exclusivo del terapeuta.

No se permite grabar sesiones sin consentimiento adicional por escrito.

### 5. LIMITACIONES Y RIESGOS DE LA TERAPIA VIRTUAL

Comprendo que la atención virtual:

- depende de la calidad de la conexión,
- no sustituye urgencias médicas ni psiquiátricas,
- puede limitar la observación de señales no verbales,
- requiere un espacio privado y seguro para el menor.

En caso de crisis, el terapeuta podrá indicar **derivación inmediata a servicios presenciales o de urgencias**.

### 6. COMPROMISOS DEL ACUDIENTE

Me comprometo a:

- garantizar un espacio adecuado y privado para las sesiones,



- mantener comunicación con el terapeuta cuando sea necesario,
- informar cambios relevantes en la salud emocional o comportamental del menor.

## 7. CONSENTIMIENTO DEL MENOR (si es mayor de 12 años)

El menor acepta participar en la terapia  
 El menor NO acepta participar

Firma del menor (si aplica): \_\_\_\_\_

## 8. DECLARACIÓN

Declaro haber leído y entendido este documento.

Autorizo **de manera libre y consciente** que el menor reciba terapia psicológica virtual con el profesional asignado a través de Lienzotú.

Firma del acudiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_

Registro profesional: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_