# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO A CLASES PRESENCIALES SUSPENDIDAS DEBIDO A LA PANDEMIA POR SARS-COV2 DE ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.

**Yo**: mayor de edad,

Identificado con cédula N° de \_ \_, en condición de estudiante del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño con código estudiantil N° .

Teniendo en cuenta la normatividad institucional vigente en cuenta al retorno presencial de actividades académicas de clases y prácticas, me permito suscribir el presente consentimiento.

Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro sobre los riesgos que pueden correrse al ingresar a las Instituciones, o en el desplazamiento para conseguir el correspondiente ingreso, por lo cual, dejo por sentado que conozco y he leído cada punto que consagran la Resolución 666 de 2020 y la Resolución 1513 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la acato en su totalidad y, entiendo perfectamente su contenido.

De conformidad con lo anterior, Al amparo de las normas legales que reglan sobre la materia y tomando la sentencia T- 401/94 donde se establece que (…) *“toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de Derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional”. (…)* Me permito de manera libre y voluntaria, consciente del alcance del mismo y asumiendo la plena responsabilidad por la elección de participar en el plan de retorno a las actividades académicas para el semestre B 2021 en el que me encuentro actualmente, y así dar curso y finalización al mismo, hacer las siguientes declaraciones y compromisos.

Que conozco el riesgo de contagio y la naturaleza de la enfermedad contraída por el Virus COVID-19.

Que manifiesto no encontrarme incurso en el grupo poblacional denominado de alto riesgo frente al contagio de COVID-19.

Que me comprometo a entregar a tiempo la documentación necesaria solicitada por la Dirección del Programa de Psicología, para el retorno a los escenarios de prácticas.

Que me comprometo a inscribirme en el curso sobre “Retorno seguro del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño” que estará en la plataforma COES de la Institución.

Que conozco y me comprometo a seguir de manera estricta las recomendaciones dadas por el Programa de Psicología, de la Universidad de Nariño, en cuanto al Protocolo de Ingreso a Escenarios de Práctica.

Que me comprometo a diligenciar la encuesta de Preingreso – Condiciones de salud Retorno Seguro Programa de Psicología UDENAR.

Que me comprometo a usar debidamente los Elementos de Protección Personal que sean orientados por la Universidad, y en caso de ser necesario a conseguir los que requiera para el ingreso a las instalaciones.

Que me comprometo a informar de manera inmediata al responsable del Programa, docente de la asignatura y/o Coordinación de Prácticas, el caso de presentar alguna sintomatología respiratoria, o un resultado confirmatorio de ser portador del virus SARS-COV2 enfermedad de COVID 19, ya sea mía o de un miembro de mi círculo cercano de convivientes,

Que manifiesto que conozco y soy consciente que en caso de que no desee continuar con las actividades académicas dispuestas, existe la posibilidad según el Estatuto Estudiantil de la Universidad de Nariño de acceder a la reserva de cupo en su CAPITULO II Articulo 51, teniendo en cuenta que la pandemia es una causa de fuerza mayor.

Que conozco el hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no me libera de una

reinfección, por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de seguridad existentes en la institución, como la restricción de estar en sitios que se consideran potencialmente peligrosos para el contagio.

Que conozco que la decisión del regreso a las actividades académicas es totalmente voluntaria.

Que Certifico que he entendido la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos de la propuesta para el retorno a las actividades académicas en el Programa de Psicología de la Universidad de Nariño

Que Entiendo y acepto que debo cumplir con los requisitos y recomendaciones establecidas para la realización de las actividades académicas, lo cual permitirá la continuación de mi proceso académico, asumiendo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia la instiución para mí y mi familia.

Que he leído y entendido este formato de consentimiento informado, del cual tengo una copia.

Que declaro exonerada a LA UNIVERSIDAD de toda responsabilidad respecto de contagio por COVID-19 frente a mi persona, pues entiendo que su contagio se puede dar en cualquier momento y en cualquier espacio.

# COMPROMISOS / OBLIGACIONES

* Que Entiendo y acepto en caso de presentarse incapacidad por cuadro respiratorio informaré a la Universidad de Nariño y procederé de acuerdo con los protocolos establecidos.
* Que al aceptar retomar las actividades académicas, soy consciente que lo más relevante es el **autocuidado** y ser responsable al poner en práctica las medidas de bioseguridad impartidas.

Dejo constancia que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar el mencionado consentimiento, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Código Ético y Deontológico de Psicología, Ley 1090 de 2006, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 14347 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Dando por entendido todo lo arriba escrito y aceptando las consecuencias de participar en las actividades de prácticas profesionales contenidas en el Plan de Estudios del Programa.

Se firma en: \_ a los \_ días del mes de\_ \_ de .

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del estudiante

Nombre: Documento de Identidad: de

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Firma Coordinadora de Prácticas Programa de Psicología

Nombre**:**

Documento de Identidad: **\_** de \_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Firma Director Departamento de Psicología

Nombre**:**

Documento de Identidad: **\_** de \_.