



COLEGIO PORTAL CAMPESTRE NORTE

SAN JUAN GIRON – SANTANDER

DANE 168307001266

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE ORIENTACIÓN DOCENTE Y/O PSICOLOGÍA AÑO 2026

En cumplimiento a la normatividad vigente para la atención en salud de la comunidad estudiantil menor de edad, solicitamos su autorización para que en caso de ser necesario pueda brindársele a su hijo(a) la atención requerida, acorde con los recursos disponibles en la institución educativa Colegio Portal Campestre Norte.

Los alcances del servicio de orientación docente y/o psicología, incluyendo los riesgos asociados a su realización y las posibles implicaciones de la no realización son los siguientes:

1. Su hijo/a recibirá el servicio de orientación psicológica que incluye valoración, citación a padres y seguimiento en áreas como la socioemocional, académica o convivencia según la necesidad del estudiante; realizando lo anterior de manera individual o grupal. Es importante recalcar que la atención que se brinda no es una atención clínica ni reemplaza la psicoterapia, teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley 1090 que regula la actividad del psicólogo en cada una de las áreas de la disciplina.
2. Los horarios establecidos para dichas intervenciones son durante horarios de clase, jornada escolar y/o contra jornada, así como en direcciones de grupo.
3. De ser necesario se realizará remisión a instituciones externas para intervención del caso, la cual usted cómo acudiente deberá garantizar.
4. En caso de presentar bajo rendimiento académico y/o dificultades en los procesos de aprendizaje, de ser necesario se remitirá a profesional de inclusión adjudicado por Secretaría de Educación municipal quien explicará el proceso a seguir.

Con mi firma y datos, autorizo la prestación del servicio de Orientación docente y/o Psicología que brinda la institución.

El día _____ de _____ del año _____ Yo: _____
_____ identificado con C.C. _____ de
_____, en mi condición de padre/madre y/o acudiente de la o el educando
_____ del grado _____, identificado con documento de
identidad No. _____ y con EPS _____, manifiesto que he leído y
entendido la información recibida y en consecuencia expreso mi consentimiento y autorización al servicio de
Orientación docente y/o Psicología brindado por la institución educativa Colegio Portal Campestre Norte de
Girón, en caso de ser necesario.

OBSERVACIONES ADICIONALES REFERIDAS A LA SALUD MENTAL DE SU HIJO/A (registre y describa
cualquier información adicional sobre diagnósticos médicos, psicológicos, terapéuticos o psiquiátricos que
deban ser tenidos en cuenta.

FIRMA _____ C.C. _____

NOMBRE _____

BOULEVARD DE LAS CEIBAS # 22A – 15 PORTAL CAMPESTRE NORTE

Teléfono fijo 607 615 98 89

colportal.giron@santander.edu.co