|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA** | **CÓDIGO: GBU-FO- 19**  **VERSIÓN: 4**  **VIGENCIA: FEBRERO 17 DE 2021**  **PÁGINA: 1 de 1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo, |  | | | | | | | identificado con tipo de documento | | | |  | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | | | | |
| número | |  | | de la ciudad de | |  | | | | | acepto de manera | | | | |
| determinante recibir el acompañamiento pertinente en caso que se vea alterada mi estabilidad emocional, la cual pueda conllevar a problemáticas asociadas a pensamientos y/o conductas que atenten contra mi vida o de. otras personas, por ende previamente y de manera preventiva llamaré a | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | al teléfono | | |  | | | el cual | | | |
| tendrá el rol vital de acudiente y podrá hacer seguimiento de mi proceso acompañamiento. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Igualmente me comprometo a activar las líneas de atención de emergencias 123, con el fin de manifestarles mi necesidad de recibir atención en crisis, en cualquier centro de salud público o privado. | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Usuario** |  | **Nombre:**  **Psicólogo a cargo o en formación** |  | **Nombre:**  **Ps. Bienestar Universitario** |

**"Autorizo a la Escuela Tecnológica Instituto Técnico Central a que trate mis datos personales para fines institucionales. Los datos personales recolectados mediante este formulario se encuentran protegidos mediante la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales aprobada por la Alta Dirección de la Institución”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLASIF. DE CONFIDENCIALIDAD** | IPR | **CLASIF. DE INTEGRIDAD** | A | **CLASIF. DE DISPONIBILIDAD** | 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA** | **CÓDIGO: GBU-FO- 19**  **VERSIÓN: 4**  **VIGENCIA: FEBRERO 17 DE 2021**  **PÁGINA: 1 de 1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo, |  | | | | | | | identificado con tipo de documento | | | |  | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | | | | |
| número | |  | | de la ciudad de | |  | | | | | acepto de manera | | | | |
| determinante recibir el acompañamiento pertinente en caso que se vea alterada mi estabilidad emocional, la cual pueda conllevar a problemáticas asociadas a pensamientos y/o conductas que atenten contra mi vida o de. otras personas, por ende previamente y de manera preventiva llamaré a | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | al teléfono | | |  | | | el cual | | | |
| tendrá el rol vital de acudiente y podrá hacer seguimiento de mi proceso acompañamiento. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Igualmente me comprometo a activar las líneas de atención de emergencias 123, con el fin de manifestarles mi necesidad de recibir atención en crisis, en cualquier centro de salud público o privado. | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Usuario** |  | **Nombre:**  **Psicólogo a cargo o en formación** |  | **Nombre:**  **Ps. Bienestar Universitario** |

**"Autorizo a la Escuela Tecnológica Instituto Técnico Central a que trate mis datos personales para fines institucionales. Los datos personales recolectados mediante este formulario se encuentran protegidos mediante la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales aprobada por la Alta Dirección de la Institución”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLASIF. DE CONFIDENCIALIDAD** | IPR | **CLASIF. DE INTEGRIDAD** | A | **CLASIF. DE DISPONIBILIDAD** | 1 |