|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 |