



FORMULARIO DE SOLICITUD

El Servicio de Atención Psicológica (SAP) fundamentará su labor en una primera orientación psicológica profesionalizada, realizada por parte de psicólogos habilitados y con conocimientos y experiencia en este tipo de atención. Todo ello se realizará garantizando la confidencialidad profesional y una cuidadosa atención a los usuarios, siguiendo los principios psicoéticos y deontológicos de la profesión.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos	
DNI	
Dirección electrónica de contacto*	
Tipo de vinculación con la Universidad	Estudiante PDI PAS
Otros datos personales de interés:	
*Cuenta de correo oficial de la universidad	
Descripción del motivo de la consulta	

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS	
Indique si ha sido diagnosticado con alguna enfermedad física . Por favor, especifique cuál y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.	
Indique si ha sido diagnosticado de algún problema psicológico . Por favor, especifique cuál, quién lo diagnosticó y tiempo transcurrido.	
Indique si ha recibido anteriormente tratamiento psiquiátrico o psicológico y el problema objeto de intervención.	
¿Toma algún tipo de medicación ? Por favor, en caso afirmativo, indique cuál.	
Por favor, indique el teléfono de su contacto habitual en caso de emergencia (indicando su nombre y parentesco) **	
Otra información que considere relevante aportar:	
** Esta información es habitual en todo proceso de atención psicológica. Su uso está limitado a situaciones de extrema necesidad y cuando se estime como única vía de solución de la emergencia. Siempre que sea posible, se procederá a pedir el consentimiento al usuario para hacer uso de ella.	



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para garantizar la calidad de nuestro Servicio, toda persona que solicite atención en este debe firmar el presente consentimiento informado.

D.,con DNI....., manifiesto que:

1. He leído y acepto el Reglamento del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Isabel I.
2. Comprendo que el SAP va a prestar sus servicios bajo el cumplimiento del Código Deontológico del Psicólogo.
3. Toda la información que he aportado en esta solicitud, y que aportaré durante todo el proceso, es veraz.

....., de.....de.....

Firma:

RECUERDA: Este Servicio está concebido para dar asesoramiento psicológico no inmediato. Si consideras que necesitas atención psicológica urgente, por favor, acude al Servicio de Urgencias de tu Hospital más cercano o llama al 112.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA UNIVERSITARIO

La Universidad Internacional Isabel I de Castilla, S. A. U., y el Servicio de Atención Psicológica, como Responsables del tratamiento de los datos personales del Interesado, le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y de acuerdo a lo regulado en su ley sectorial, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: prestación de servicios profesionales de atención psicológica y mantenimiento del historial clínico.

Utilización de las historias clínicas anonimizadas: actividades docentes y de investigación de la Universidad Internacional Isabel I, previo consentimiento del titular.

Base legal del tratamiento: la prestación del consentimiento del interesado y el interés legítimo del Responsable de la intervención para realizar una correcta prestación del servicio.

Criterios de conservación de los datos: los datos personales se conservarán anonimizados, estando las historias clínicas identificadas únicamente mediante un código, de tal manera que se garantiza su total confidencialidad. Los datos se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la destrucción total de los mismos, garantizando el cumplimiento de las obligaciones legales.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos que asisten al Interesado: Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento, Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Universidad Internacional Isabel I de Castilla, S. A. U, Calle Fernán González, 76 - 09003 Burgos o por e-mail alopd.gestion@ui1.es.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los siguientes términos:

- Autorizo el tratamiento de mis datos por el servicio de Atención Psicológica de la Universidad.
- Autorizo el tratamiento de mis datos con fines de docencia e investigación previa anonimización de los mismos.

Nombre con DNI.....

Firma: