**CONVENIO DE SERVICIOS PSICO-SOCIALES**

Fecha…………………………………………………………………….

El estado ecuatoriano, mediante sus entidades cooperantes de protección y restitución de derechos tienen como objetivo el acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y sus familias, desde sus diferentes programas de atención. *La* ***entidad ejecutante****…. (Llenar nombre de la entidad)* ofrece servicios de psicología, trabajo social y facilitación familiar y cuenta con profesionales capacitados para atender las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Es política de ……….. trabajar en equipo, lo que significa que durante sesiones de intervención/visitas domiciliarias otro(s) profesional(es) puede(n) estar presente(s). Así se le(s) proporciona a Ud. (s) una ventaja adicional de mayor ayuda profesional, a la vez que nos respaldamos mutuamente en la resolución de problemas.

La información recogida, de la situación familiar, ya sea de manera escrita o grabada es guardada bajo la más estricta confidencialidad y con su consentimiento.

Las excepciones a la confidencialidad se limitan a la concordancia con la legislación ecuatoriana, en la que el/la profesional tiene la obligación legal de notificar a la familia y/o a las autoridades en caso de riesgos inminentes para la vida del consultante o para otros.

Nos comprométenos a cumplir siempre con nuestras intervenciones/visitas hechas de antemano. De no ser posible por cualquier emergencia, les avisaremos a tiempo para ofrecerles otro horario. De igual manera pedimos a Ud. (s) cumplir con lo acordado. Si no es posible cumplir con lo acordado, esperamos que nos avisen con 24 horas de anticipación para cambiarla.

Es un placer servirles.

Solicitamos su firma de consentimiento.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres Completos:Firma: | Nombres Completos:Firma: |
| Nombres Completos:Firma: | Nombres Completos:Firma: |
| Nombres Completos:Firma: | Nombres Completos:Firma: |
| Nombres Completos:Firma: | Nombres Completos:Firma: |

|  |
| --- |
| **GUÍA PARA LLENAR ESTA FICHA** |
| ***Importante:*** *El presente instructivo tiene como finalidad ayudar a los profesionales que trabajen en el sistema de protección, a llenar la presente ficha de manera precisa, técnica y que contenga información significativa, tanto para las familias como para los equipos, por lo que es importante leerlo previo a su ejecución. Recordar que la información es confidencial y debe ser llenada y compartida con los miembros de la familia, posterior a su llenado.*  |
| En los protocolos de las modalidades de Apoyo Familiar y Cuidado en Familia Ampliada se describe el paso de encuadre del proceso a seguir con la familia y cuyo requerimiento principal es la firma del Convenio de Servicios Psico sociales. Este documento responde a la responsabilidad jurídica y de atención que tienen las instituciones del Sistema de Protección de Niñez y Adolescencia, por lo que es importante que el (la) profesional, consideren los siguientes puntos:* Informe el porqué de estos documentos.
* De lectura claramente cada punto del documento y explique (de ser necesario) de que se trata cada punto.
* Luego de dar lectura al documento preguntar: ¿Tiene alguna duda al respecto?
* Al final, solicitar el nombre y la firma de aceptación de dichos documentos, como respaldo legal, tanto de la familia como del equipo.
* Se debe tomar en cuenta la opinión de los niños, niñas o adolescentes (Asentimiento informado), respetando y considerando su edad y capacidad de abstracción, caso contrario se trabajará con los adultos.
* Es importante, con los niños, niñas y adolescentes, intentar ser lo más claros (de pronto lúdicos), para que el asentimiento pueda ser entendido, procurando no presionar una respuesta inmediata y brindando al niño, niña o adolescente el tiempo y el buen trato necesarios.
* Los documentos firmados, serán anexados al expediente respectivo.
 |