# Datos del usuario y de la persona de apoyo:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos de la persona con discapacidad que requiere el servicio |  |
| Nombre y apellidos de la persona de apoyo a designar |  |

**2. Tipo de Discapacidad del Usuario**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de discapacidad | Si | No |
| Física |  |  |
| Auditiva |  |  |
| Visual |  |  |
| Sordoceguera |  |  |
| Mental o psicosocial |  |  |
| Cognitiva |  |  |
| Múltiple |  |  |

1. **Identificación de apoyos actuales**

1. ¿Cuáles son sus pretensiones?

|  |
| --- |
|  |

1. ¿Usted necesita suscribir un acuerdo de apoyo? ¿Que clase de apoyo requiere?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Si | No |

1. ¿Usted viene por voluntad propia?
2. ¿Usted con quien vive?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parentesco | Sí | No |
| Cónyuge / Pareja |  |  |
| Padre / Madre |  |  |
| Hijo / Hija |  |  |
| Otro familiar |  |  |
| ¿Cuál? | | |
| Amigo |  |  |
| Compañero de trabajo |  |  |
| Otro |  |  |
| ¿Cuál? | | |

1. ¿Anteriormente había suscrito un acuerdo de apoyo?

|  |
| --- |
|  |

1. ¿Usted sabe en qué consiste este trámite?

|  |
| --- |
|  |

1. ¿Nombre de la persona a designar como apoyo?

|  |
| --- |
|  |

1. **Obligaciones y rol de la persona de apoyo**:

|  |
| --- |
| Informar sobre la garantía de confidencialidad de la información y prevalencia de la voluntad y preferencias del usuario |

1. **Interacción durante el servicio:**

¿Quién le presta apoyo a la persona con discapacidad para realizar actividades cotidianas?

|  |
| --- |
| Descripción de la relación e interacción entre la persona de apoyo y el usuario con discapacidad durante la prestación del servicio y especial énfasis en la no identificación de señales de miedo, agresión, amenaza, engaño o manipulación entre la persona con discapacidad y el apoyo durante el trámite. |

De las personas de confianza del usuario con discapacidad:

1. ¿Quiénes lo comprenden más?

|  |
| --- |
|  |

1. ¿Quiénes respetan lo que le gusta o le molesta?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

1. ¿A quién le consulta antes de tomar decisiones?

|  |
| --- |
|  |

1. **Comprensión del usuario del trámite de suscripción de acuerdo de apoyo o directivas anticipadas:**

La realización de la audiencia privada se llevó a cabo de manera satisfactoria, la persona con discapacidad dio signos inequívocos de comprender el trámite de suscripción de acuerdo de apoyo o directiva anticipada, así como de la expresión libre de su voluntad de adelantar dicho trámite, exenta de violencia, error, engaño o manipulación.

|  |  |
| --- | --- |
| Si | No |
|  |  |

En caso contrario, exprese cuáles fueron sus razones.

|  |
| --- |
|  |

1. **Suspensión**:

|  |
| --- |
| Información sobre si fue necesario suspender o aplazar la consulta o diligencia para que el usuario se sintiera cómodo y no presionado |

|  |
| --- |
|  |

Nombre del usuario:

Número de documento de identidad:

Firma:

Nombre de la persona de apoyo:

Número de documento de identidad:

Firma:

Nombre del profesional /practicante:

Número de documento de identidad:

Firma:

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha Revisión: |  |
| Aprobación Coordinador(a) Centro de Conciliación: |  |

Centro de Conciliación “Re-conciliémonos” del Consultorio Jurídico de la Universidad de Pamplona Sede Pamplona ubicado en la Carrera 4 # 4-38 Teléfono: 5685303.

**VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho

Centro de Conciliación “Re-conciliémonos” del Consultorio Jurídico de la Universidad de Pamplona Ampliación Villa del Rosario, ubicado en la Autopista Internacional, vía Los Álamos Villa Antigua, Teléfonos (57+7) 5706966 - (57+7) 5685303 ext 600.

**VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho