



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y/O EVALUACIÓN PSICOLOGICA

Apellido y Nombre del Paciente:

Edad:

DNI /CI:

Domicilio:

Manifiesto la veracidad de los datos personales aportados para la confección de la historia clínica, y que he recibido información suficiente acerca del tratamiento y/o evaluación psicológica que realizaré en la institución y/o consultorio, al que presto voluntariamente mi consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO Y/O EVALUACIÓN PSICOLOGICA

1. Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características del tratamiento y/o evaluación psicológica. El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica.

2. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el/la paciente, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Se considera causa justa:

- Evitar un riesgo cierto e inminente para sí o para un tercero
- La orden de una autoridad judicial competente.
- En caso de urgencia, cuando no se pueda contar con la autorización del/a adolescente, y deba pedírsela a un/a representante.

3. El tratamiento y/o evaluación psicológica se llevará a cabo con un determinado plazo, periodicidad y duración, indicadas según criterio del profesional tratante. Las consultas tendrán una duración promedio de minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.

4. Me responsabilizo a seguir las indicaciones terapéuticas que el/la profesional tratante me indique (interconsulta con profesionales médicos y no médicos, evaluaciones) y a cumplimentar con el encuadre de trabajo.

En caso de que no se cumplimente con ello, siendo fundamental para la evolución del tratamiento y/o evaluación psicológica, el/la profesional podría interrumpirlo tras efectuar la derivación pertinente.

5. La interrupción del tratamiento y/o evaluación psicológica, y su derivación, podría darse en el caso de que el/la profesional por fundadas razones lo considere necesario.

6. El tratamiento y/o evaluación psicológica podrá ser interrumpido en forma unilateral por el/la paciente en el momento en que lo considere, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.

7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como abandono del tratamiento y/o de la evaluación psicológica, pudiendo disponerse del horario pautado, dando por finalizado el mismo.

8. La modalidad virtual se rige bajo los mismos derechos y obligaciones que la modalidad presencial.

CUESTIONES RELATIVAS A HONORARIOS DEL TRATAMIENTO Y/O EVALUACIÓN PSICOLOGICA

1. La asistencia se realiza mediante el pago de un honorario por entrevista cuyo monto será establecido por el/la profesional tratante. Los honorarios podrán modificarse durante el transcurso del tratamiento.

2. El/la paciente y/o responsable responde económicamente por el espacio pautado, aunque no concurra, salvo que haya una comunicación efectiva con el/la profesional con al menos 24 hs. de anticipación y éste/a encuentre pertinente proponer un horario alternativo para la entrevista.

Observaciones:

En caso de ser necesario, especificar lo relativo a quién consiente el mismo.

.....
.....
.....

Firma del Paciente:

Aclaración:

Nº DNI:

Firma del Adulto/s Responsable:

Aclaración:

Nº DNI:

Parentesco/Relación:

Fecha: Firma del Adulto/s Responsable:

Aclaración:

Nº DNI:

Parentesco/Relación:



COLEGIO DE PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS
Provincia de Buenos Aires
Distrito XV

Firma de Profesional:

Aclaración:

N° Matricula: