



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y/O EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES HASTA 13 AÑOS

Apellido y Nombre del Paciente:

Edad:

DNI/CI:

Domicilio:

Los abajo firmantes manifiestan la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que han recibido información suficiente acerca del tratamiento y/o Evaluación Psicológico que realizará en la institución y/o consultorio, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

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

1. Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características del tratamiento psicológico 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 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. Se autoriza, en caso de corresponder y que se encuentren dadas las condiciones, a mantener comunicación con la escuela u otras instituciones que constituyan el centro de vida del/la niño/a.

5. Los representantes legales se responsabiliza/n a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le indique (interconsulta con profesionales médicos y no médicos, evaluaciones, asistencia a entrevistas de seguimiento/orientación a padres, y



eventual derivación institucional al niño/a o padres) 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 Psicológico, el profesional podría interrumpirlo tras efectuar la derivación pertinente.

6. La interrupción del tratamiento y derivación, podría darse en el caso de que el profesional, por fundadas razones, lo considere necesario.

7. El tratamiento y/o evaluación psicológica podrá ser interrumpido en forma unilateral por el 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.

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

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

CUESTIONES RELATIVAS A HONORARIOS DEL TRATAMIENTO

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

2. Los responsables legales responden económicamente por el espacio pautado, aunque no concurra, salvo que haya una comunicación efectiva con el profesional con al menos 24 hs. de anticipación y éste 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:

N° DNI:

Parentesco/Relación:

Fecha: Firma del Adulto/s Responsable:

Aclaración:

N° DNI:

Parentesco/Relación:

Firma de Profesional:

Aclaración:

N° Matricula: