

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido:.....DNI.....

Domicilio.....Fecha de Nacimiento:/....../....

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento 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:

1. Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características del tratamiento psicológico. 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 Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

3. El tratamiento se llevará a cabo con un determinado plazo, periodicidad y duración, indicadas según criterio del profesional tratante. Las consultas tendrán una duración promedio de entre 40 a 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.

4. El tratamiento 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.

5. El paciente (o sus representantes) se responsabiliza/n seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le indique (interconsulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional).

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.

2. El paciente responde 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.

3. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dando por finalizado el mismo.

4. El presente consentimiento puede ser revocado mediante comunicación fehaciente al profesional tratante (correo electrónico, WhatsApp y/o nota escrita).

La conformidad de este consentimiento queda enmarcada según la normativa vigente, a saber: Ley 10.306 de Ejercicio Profesional de la Psicología, Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Ley Nacional de Salud Mental 26.657, Código de Ética del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Lugar y fecha:.....,/...../.....

Firma del/la paciente y/o familiar:

Aclaración:

Firma y sello del/la profesional: