

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dejo mi expreso consentimiento para recibir el tratamiento psicológico que ha sido propuesto por el profesional que me asiste, como uno de los tratamientos posibles, cuya duración variará según la naturaleza de mi situación y necesidad, así como la posible inexistencia de resultados positivos y la indicación de interconsultas con otros profesionales de la salud en caso de ser necesarias.

Además, he sido informado de que la continuidad del tratamiento es de mi entera responsabilidad y que luego de dos ausentes consecutivos, sin aviso, en citas programadas, se considerará alta por abandono.

En caso de ausencia a entrevistas previamente pautadas sin comunicación previa, con 24 hs de anterioridad, se cobrará el importe de la consulta.

Toda la información compartida con el profesional no saldrá del espacio terapéutico, teniendo como salvedad aquella que implique riesgo de vida para el paciente y/o para terceros.

---

Firma Paciente

---

Aclaración y DNI

---

Fecha