

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y Nombre del Paciente .....

D.N.I:.....

He recibido información suficiente acerca del tratamiento, al que presta voluntariamente mi consentimiento, de acuerdo a las siguientes condiciones:

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

- 1.- Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
- 2.- El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia basada en la evidencia.
- 3.- Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

### DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
- 2.- El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.
- 3.- La ausencia a dos entrevistas seguidas sin aviso previo por parte del paciente, será interpretada como abandono del tratamiento, dándose por finalizado el mismo.

### CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS

- 1.- La asistencia se realiza mediante el pago de un honorario por entrevista, cuyo monto se acordará con el profesional tratante. Si por alguna razón usted tuviera dificultades con el pago del honorario, deberá informar al profesional dicha circunstancia para que pueda ser tomada en consideración. En este caso los honorarios son de \$ \_\_\_\_\_ por sesión. Los mismos podrán modificarse de mutuo acuerdo 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 24hs de anticipación y éste encuentre pertinente proponer un horario alternativo para la entrevista.

### EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, 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.
- 2.- Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
- 3.- El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta: ínter consulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

Lugar .....

Fecha, ...../...../.....

Firma del Paciente

Firma del Profesional

Aclaración

Aclaración

Nº Doc. Identidad

Nº de Matrícula

En el caso de menores deberá firmar el mismo ambos padres o tutor responsable.