

CLÍNICA eMind

Consentimiento Informado para Evaluación Psicológica

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre Completo: Marissa Alexandra Cooper Smith

DUI: N/A

Fecha de Nacimiento: 18/12/2020

Tutor Legal: Margarita Ester Cooper Smith

DUI del Tutor: 876543219

II. DATOS DEL PROFESIONAL

Psicólogo Responsable: Blair

III. ACUERDOS Y CONDICIONES

Declaro que he sido informado(a) clara y detalladamente sobre el proceso de intervención psicológica que recibiré. Entiendo los objetivos de las evaluaciones (ADOS-2 y ADI-R), las técnicas a emplearse, así como los beneficios y posibles riesgos asociados.

Me comprometo a colaborar activamente en las sesiones, respetando los acuerdos establecidos con el/la psicólogo/a. Sé que tengo derecho a interrumpir el proceso si así lo decido.

Acepto que la información compartida durante las sesiones será tratada con estricta confidencialidad y no será divulgada a terceros sin mi consentimiento, salvo en situaciones contempladas por la ley o cuando exista riesgo para mi integridad o la de otros.

Conforme a la Ley de Protección de Datos Personales vigente en El Salvador, autorizo el tratamiento responsable de mis datos personales únicamente para fines clínicos y administrativos relacionados con esta atención.

Firma del paciente o tutor legal

Firma del psicólogo