

Unidades de Especialidades Médicas. Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA).

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo: _____ otorgo mi consentimiento para participar en un programa de intervención para el consumo de sustancias, que consiste de una evaluación diagnóstica; además de un tratamiento conformado por _____ (anotar el número) sesiones que puede variar de acuerdo a mis necesidades de atención, con una duración de 60 minutos, cada una.

Se me ha informado que mi participación en la intervención permitirá realizar una evaluación y análisis de mi consumo de sustancias, permitiendo la adquisición de conocimientos y habilidades que facilitarán la modificación de mi consumo.

Acepto asistir de manera puntual a las sesiones, avisando a mi terapeuta con al menos un día de anticipación en caso de inasistencia.

Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo posterior al tratamiento para asistir a sesiones de seguimiento que pueden ser al 1er, 3er, 6to y 12vo meses. Éstas tienen el objetivo de evaluar los cambios obtenidos durante el tratamiento y detectar dificultades de manera oportuna para prevenir recaídas.

En caso necesario, mi terapeuta tendrá la facultad de referirme a alguna clínica de desintoxicación u otro centro de atención especializada en el tratamiento de las adicciones, de atención médica y/o psiquiátrica, en el entendido de que será en beneficio de mi proceso terapéutico.

La relación con mi terapeuta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento de los derechos civiles y humanos.

La información contenida en el expediente clínico será manejada bajo las normas de confidencialidad y el principio ético del secreto profesional y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante mi consentimiento escrito o por orden de la autoridad competente, tales como: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

La información recabada en el expediente podrá ser utilizada con fines de investigación clínica, respetando en todo momento la confidencialidad y sin que represente algún riesgo hacia mi persona. Además, no se realizarán grabaciones en audio, video o fotografías, sin una explicación previa de su finalidad y sin mi previa autorización.

La carta de consentimiento puede ser revocada en el momento que así lo desee, informando oportunamente al terapeuta y firmando la Carta de Egreso Voluntario, otorgando el permiso para informar a un familiar cercano.

La presente se llevó a cabo en la UNEME-CAPA _____ siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DEL USUARIO

NOMBRE DEL FAMILIAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL
(En caso de ser menor de edad y/o mandato legal).

En caso de que mi familiar esté siendo atendido dentro de la unidad, expreso mi conocimiento respecto al compromiso e importancia de mi participación en el acompañamiento durante su intervención.

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA