



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS PSICOLÓGICOS

1. Identificación de las partes

Paciente:

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: dd / mm / año _____ Edad: 20 años Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Psicólogo:

Nombre: _____

Cédula: _____

2. Objeto y alcance del consentimiento

Este documento formaliza el consentimiento libre, voluntario, informado y revocable del paciente o su representante legal para recibir servicios psicológicos en Clínica Psicológica Vera Balance, bajo los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y veracidad, así como conforme a la legislación vigente aplicable en:

- La Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- La Ley de Salud del Estado de México.
- El Código de Ética Profesional del Psicólogo en México.
- Las disposiciones legales vigentes del municipio de Nicolás Romero, Estado de México.

Este consentimiento garantiza que el paciente ha sido debidamente informado, que comprende la naturaleza del tratamiento y que acepta participar de manera autónoma, sin coacción, en el proceso psicoterapéutico.

3. Naturaleza del servicio psicológico

- Se ofrece psicoterapia individual orientada al bienestar emocional y psicológico.
- No se realizan procedimientos médicos, farmacológicos o psiquiátricos.
- En caso necesario, se referirá al paciente a profesionales médicos, psiquiátricos o de otra especialidad.
- El proceso puede incluir evaluación psicológica, establecimiento de objetivos terapéuticos, intervención clínica y acompañamiento.
- No se garantizan resultados específicos, ya que los avances, cambios y efectos del tratamiento varían en función de múltiples factores personales, contextuales, sociales, familiares y del nivel de compromiso del propio paciente.

4. Información del paciente

El paciente ha recibido información clara, veraz y suficiente sobre:

- Tipo de terapia.
- Duración y frecuencia estimadas de las sesiones.
- Alternativas a la terapia, incluyendo la opción de no iniciar tratamiento.
- Beneficios y riesgos asociados.
- Derechos y limitaciones legales.
- Costos y condiciones de pago.

5. Frecuencia duración y honorarios

- Duración estimada por sesión: _____ minutos.
- Frecuencia recomendada: _____.
- Honorarios por sesión: \$ _____ MXN.
- Métodos de pago: Efectivo, Transferencia bancaria.
- Las cancelaciones deben notificarse con al menos 24 horas de anticipación, de lo contrario la sesión será cobrada en su totalidad.

6. Beneficios y riesgos

Beneficios esperados:

- Incremento del autoconocimiento y habilidades para la regulación emocional.
- Reducción de síntomas emocionales y conductuales.
- Mejoras en la calidad de las relaciones interpersonales y en la toma de decisiones.
- Desarrollo de recursos personales para afrontar dificultades.

Riesgos y efectos adversos posibles:

- Activación emocional o angustia temporal al tratar temas sensibles o traumáticos.
- Cambios en dinámicas familiares o sociales producto del proceso terapéutico.
- Frustración o resistencia ante la confrontación de patrones disfuncionales.
- Posible aparición temporal de síntomas como ansiedad, tristeza o enojo durante el proceso de cambio.
- Riesgo de dependencia emocional si no se establecen límites adecuados (esto será prevenido por la profesional).
- Importancia de notificar cualquier síntoma inesperado a la terapeuta para su seguimiento.

7. Relación múltiple y conflictos de interés

- En comunidades pequeñas o entornos donde paciente y terapeuta comparten espacios sociales, laborales o familiares, es posible que existan relaciones múltiples.
- Ambas partes acuerdan mantener exclusivamente una relación profesional durante el tratamiento.
- Cualquier situación que pueda generar conflicto de intereses o afecte la confidencialidad será comunicada abierta y oportunamente.
- En caso de surgir un conflicto no solucionable, la terapeuta podrá referir al paciente a otro profesional para evitar comprometer el tratamiento.

8. Confidencialidad y excepciones legales

Toda la información proporcionada por el paciente se mantiene estrictamente confidencial conforme a la legislación mexicana vigente.

La confidencialidad solo podrá romperse en los siguientes casos:

- Riesgo inminente de suicidio o daño a terceros.
- Sospecha o denuncia de abuso, violencia o maltrato (especialmente en menores, mujeres y personas vulnerables).
- Mandato judicial o requerimiento legal.
- Situaciones de emergencia en las que esté comprometida la vida o seguridad del paciente o terceros.

En tales casos, se informará al paciente del motivo de la ruptura de confidencialidad y se actuará con ética y responsabilidad profesional.

9. Consentimiento y asentimiento para menores de edad

En pacientes menores de 18 años, el consentimiento deberá ser firmado por al menos uno de sus padres, tutores legales o quien tenga la patria potestad, y debe incluir su identificación oficial.

Se proporcionará información accesible y adecuada al nivel de comprensión del menor sobre:

- Naturaleza del proceso terapéutico.
- Objetivos generales.
- Posibles beneficios y riesgos.
- Duración estimada.
- Rol de sus padres o tutores.

Esto se denomina asentimiento informado, y debe ser obtenido antes del inicio de la intervención.

- El menor tiene derecho a ser escuchado, respetado y protegido durante todo el tratamiento.
- La participación de los padres/tutores en el proceso terapéutico se explicará con claridad, y se establecerán los límites de lo que se compartirá con ellos, salvo en los casos de excepción legal.
- La confidencialidad con el menor se mantendrá en lo posible y éticamente permitido. Se romperá solo si hay riesgo o mandato legal.

10. Contacto entre sesiones y manejo de crisis

- El contacto fuera de las sesiones será exclusivamente para reprogramar citas, confirmar asistencia o resolver temas administrativos.
- No se ofrecen servicios terapéuticos por medios electrónicos o telefónicos fuera de los espacios clínicos establecidos.
- En caso de crisis emocional o riesgo, se recomienda acudir a los servicios de emergencia, líneas de atención psicológica gratuitas o instituciones de salud pública.
- El terapeuta puede orientar al paciente o familiar sobre a dónde acudir, pero no está disponible 24/7.

11. Uso y protección de datos personales

- Todos los datos personales y clínicos serán protegidos conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.
- Su uso será exclusivamente clínico y administrativo.
- No serán compartidos con terceros salvo autorización expresa y por escrito del paciente o en casos legalmente obligatorios.
- El paciente puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) en cualquier momento.
- Si se desea usar información con fines académicos, docentes o de supervisión profesional, se solicitará autorización específica y se garantizará el anonimato.

12. Derechos y responsabilidades del paciente y del psicólogo

Derechos del paciente:

- Ser tratado con dignidad, respeto y sin discriminación.
- Acceder a un espacio confidencial y seguro.
- Recibir información clara y oportuna sobre su proceso.
- Revocar el consentimiento en cualquier momento.
- Presentar dudas, quejas o sugerencias sin represalias.
- Solicitar su expediente clínico conforme a la ley.

Derechos del psicólogo:

- Establecer límites profesionales para preservar la ética.
- Mantener su integridad y seguridad en la práctica.
- Suspender o derivar el caso si hay falta de condiciones terapéuticas, violencia, amenazas o falta de pago reiterado.
- Recibir el pago acordado en tiempo y forma.

Responsabilidades del paciente:

- Ser puntual, respetuoso y cumplir con los acuerdos de asistencia.
- Informar sobre cualquier cambio significativo en su estado emocional, físico o legal.
- Participar activamente en su proceso.

Declaración final

Declaro que he sido informado(a) de manera clara, completa y veraz sobre el proceso terapéutico en el que participaré.

He comprendido la naturaleza, objetivos, beneficios, riesgos, duración estimada y condiciones del tratamiento. Reconozco que he tenido oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido respondidas adecuadamente. Otorgo mi consentimiento libre, informado y voluntario para iniciar psicoterapia con la profesional arriba mencionada.

Sé que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Nombre y firma del psicólogo

Nombre y firma del paciente o tutor legal