

Consentimiento Informado para Atención Psicológica

Información del Paciente

Nombre del Paciente: Juan Rada

Fecha de la Consulta: 12/06/2025 12:27

Modalidad de Atención: virtual

Propósito y Naturaleza del Servicio

Este documento tiene como objetivo informarle sobre la naturaleza de la atención psicológica que recibirá y obtener su consentimiento informado para proceder con la misma. La psicoterapia es un proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento que aborda diferentes aspectos de la salud mental y el bienestar emocional.

Declaración de Consentimiento

Por medio del presente documento, declaro que:

1. He sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre la naturaleza y el propósito de la atención psicológica que recibiré.
2. Entiendo que la información compartida durante las sesiones es estrictamente confidencial y será tratada según las normas éticas profesionales y la legislación vigente sobre protección de datos personales, con las siguientes excepciones:
 - Cuando exista riesgo inminente para mi vida o la de terceros
 - Cuando exista una orden judicial
 - Cuando sea necesario para proteger a menores de edad o personas vulnerables
3. Comprendo que el proceso terapéutico puede abordar aspectos personales y emocionales que podrían generar incomodidad temporal como parte del proceso de sanación y crecimiento.
4. He sido informado(a) sobre mi derecho a:
 - Hacer preguntas sobre el proceso terapéutico
 - Decidir sobre las intervenciones sugeridas
 - Solicitar informes sobre mi proceso
 - Finalizar la terapia cuando lo considere necesario
5. Autorizo el registro y almacenamiento de la información clínica necesaria para mi tratamiento, entendiendo que esta será manejada con estricta confidencialidad y seguridad.

6. En el caso de sesiones virtuales, me comprometo a:
- Garantizar un espacio privado y libre de interrupciones
 - Mantener una conexión a internet estable
 - No realizar grabaciones de las sesiones

Honorarios y Política de Cancelación

He sido informado(a) sobre los honorarios profesionales y la política de cancelación de citas. Entiendo que debo notificar con al menos 24 horas de anticipación si necesito cancelar o reprogramar una cita.

Firma del Consentimiento

Al firmar este documento, confirmo que he leído, entendido y aceptado todas las condiciones anteriormente mencionadas.

Fecha y hora de firma: 14/06/2025 16:31:56

Firma del Paciente:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Javier R.', written in a cursive style.