

Unidades de Especialidades Médicas. Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (UNEME-CECOSAMA).

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: F\_\_\_ M\_\_\_ No binario \_\_\_

Madre/Padre/Familiar/Tutor de el/la menor: \_\_\_\_\_

Hago Constar que:

He recibido de parte del profesional de salud, la información necesaria de forma confidencial, clara, precisa, entendible y satisfactoria sobre la naturaleza, metodología, propósito, temporalidad, horarios; que se seguirán a lo largo del proceso de mi tratamiento.

Se me ha explicado que se me realizará una evaluación diagnóstica; a través de la aplicación de instrumentos de medición, pruebas de laboratorio y si fuera el caso una prueba de antidoping; misma a que permitirán obtener una valoración de mi condición de salud mental y/o consumo de sustancias; así como un análisis de mi situación actual, lo que permitirá la adquisición de conocimientos y habilidades que facilitarán la modificación de las situaciones problema.

Acepto asistir de manera puntual a las sesiones, avisando a mi terapeuta, a través de los teléfonos de contacto de la Unidad de Especialidades Médicas UNEME CECOSAMA \_\_\_\_\_; 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 podrán ser de forma presencial, telefónica o video llamada y que se llevarán al 1er, 3er, 6to meses. Éstas tienen el objetivo de evaluar los cambios obtenidos durante el tratamiento y detectar dificultades de manera oportuna para prevenir la presentación de nuevas situaciones de riesgo.

En caso necesario, mi terapeuta tendrá la facultad de referirme a alguna clínica de desintoxicación u otro centro de atención especializada en el tratamiento del **consumo de sustancias y/o de salud mental 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 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).

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA