

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE PSICOLOGÍA

Yo, _____, identificado(a) con _____, manifiesto que he sido debidamente informado(a) sobre las características, condiciones y alcances de los servicios de atención psicológica que recibiré con la profesional Daniela Quiroga, psicóloga.

Declaro que entiendo que:

- Las sesiones de psicología tienen como finalidad brindar acompañamiento emocional, orientación y herramientas para el bienestar mental, más no sustituyen la atención médica ni el tratamiento psiquiátrico en caso de ser necesario.
- Toda la información compartida durante las sesiones es confidencial, salvo en situaciones de riesgo inminente para mi integridad, la de un tercero o en casos legalmente estipulados.
- La duración de cada sesión, el valor acordado y la modalidad virtual han sido explicadas y aceptadas por mí.

Así mismo, declaro que he leído, comprendido y acepto las pautas de la sesión que me fueron compartidas, en las cuales se detallan aspectos como puntualidad, medios de contacto, condiciones de cancelación o reprogramación, y lineamientos éticos que garantizan el respeto y la adecuada dinámica del espacio terapéutico.

Al firmar este consentimiento, autorizo de manera libre y voluntaria la prestación del servicio psicológico bajo los términos anteriormente expuestos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____