

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del procedimiento terapéutico ofrecido por el Centro de Psicología Clínica C.P.C. y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me las ha aclarado el Psicólogo en formación.

Dado lo anterior, declaro que:

- 1. Se me explicó que el proceso psicológico será desarrollado por practicantes bajo la supervisión de psicólogos profesionales que conocerán la información que yo suministre.
- 2. Se me informó que la información que yo suministre será mantenida en reserva por parte del practicante que me atiende. No obstante, esta confidencialidad será rota si se llega a presentar una situación que ponga en riesgo grave mi integridad física o mental o la de otra persona de la comunidad. Esta gravedad será definida por los supervisores del Centro y la ruptura de la confidencialidad me será comunicada, pero no requeriré de mi aceptación expresa.
- 3. Por ser un Centro de prácticas universitarias, el CPC, podrá solicitar que la información de mi caso sea utilizada en actividades académicas tales como seminarios de caso o entrevistas en Cámara de Gessell. Sé que puedo negarme a esta solicitud sin que eso tenga ninguna consecuencia negativa para mí y, en caso de contar con acudiente, no importará si éste aceptó previamente.
- 4. Sé que asistiré libremente a las sesiones programadas y que puedo decidir no continuar en el tratamiento psicológico, contándole mi decisión al terapeuta y sin requerir la autorización de mi acudiente.
- 5. Se me informó que en caso de tener una duda, puedo hacer todas las preguntas que quiera al practicante.
- 6. Información a acudiente o representante legal (aplica si el menor de edad solicita asesoría psicológica sin acudiente). Si bien estoy en la posibilidad de tomar decisiones acerca de buscar ayuda psicológica, la posibilidad de involucrar a mis padres o a quienes tengan el rol de representante legal dependerá de la gravedad de las problemáticas por las que estoy consultando. Esta gravedad será establecida por el practicante en conjunto con su supervisor. En este caso, para poder continuar con el proceso se requerirá del consentimiento informado por parte de mi acudiente. Entre las situaciones que requieren obligatoriamente del involucramiento del acudiente o representante se encuentran: tentativas de suicidio o ideación suicida grave, trastorno psicológico severo, decisiones acerca de interrumpir el proceso de embarazo (aborto), diagnóstico de enfermedades de alta complejidad (VIH SIDA, cáncer, etc.), decisión de abandono del hogar paterno o decisión sobre operaciones quirúrgicas.

Marcar: el consultante menor de edad acude a consulta sin acudiente: Sí ☐ No ☐
Los padres o acudientes del joven han firmado Consentimiento Informado Sí ☐ No ☐

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FIRMA
Documento de identidad No _____

FECHA