

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto a ustedes mi **aceptación del proceso terapéutico ofrecido por el Centro de Psicología Clínica (CPC)** y que **ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me las ha aclarado el Psicólogo en formación.**

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un practicante de:  
Pregrado ☐ Especialización ☐ Maestría ☐

perteneciente al **Centro de Psicología Clínica (CPC)** que es una unidad dependiente de la Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz a la cual asisten estudiantes en formación de pregrado y posgrado, con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en su proceso académico. Entiendo de igual forma que estos practicantes son supervisados por psicólogos profesionales determinados por la Facultad de Psicología y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el (los) supervisores del practicante con el fin de que éstos dirijan y aprueben el proceso terapéutico que se plantea.

Entiendo que toda la información concerniente a mi evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

En algunas ocasiones, según los requerimientos académicos, la información de carácter confidencial podría ser utilizada en actividades estrictamente pedagógicas, tales como seminario de caso, seminario interdisciplinario y sesiones de cámara de Gessell, sólo con mi previa autorización y conservando el anonimato.

Autorizo al practicante para que consulte mi caso con otros profesionales de la Institución o con terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento que me brindan es llevado a cabo con base en el modelo psicológico empírico analítico (el cual implica el uso de procedimientos como la observación, la entrevista y las pruebas para obtener datos concretos sobre el comportamiento para caracterizarlo y para identificar relaciones entre el comportamiento y sus posibles causas), atendiendo al mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y se me explicó que este modelo funciona mejor en unos casos que en otros. La atención que me brinda el profesional en formación tiene una duración máxima de 15 semanas (ampliables según criterio del profesional en formación y su supervisor), una sesión por semana de aproximadamente 45 minutos. Durante las primeras sesiones, el evaluador clínico discutirá el problema conmigo y obtendrá información relevante a través de entrevistas, aplicación de pruebas psicológicas o registros. Al final de este período el practicante me comunicará acerca de cómo el Centro puede ayudar al caso (explicándome el origen y mantenimiento de mis problemas y su posible tratamiento) y pondrá a mi consideración el plan de tratamiento para que yo tome la decisión de si acepto o no dicha propuesta. Si el Centro no puede ofrecer el tipo de servicios que se requieren, me ofrecerá alternativas para que sea remitido a una institución adecuada.

También conozco que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el profesional en formación para la evaluación, tratamiento de la problemática abordada y alternativa de remisión son tomadas por mí. De igual manera sé que puedo desistir del proceso terapéutico en el momento en que lo considere conveniente, previa declaración de esta intención al practicante asignado.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído (o me han leído) y comprendido íntegramente este documento; que he hecho todas las preguntas que consideré necesarias para aclarar los puntos que no comprendí 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 DEL PACIENTE

FIRMA

C.C. N° \_\_\_\_\_