

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

Buenos Aires,..... de de 20....

Apellido y Nombre del Paciente:

Cobertura:

D.N.I /C.I:

Fecha de Nacimiento:

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

- 1.- Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
- 2.- El abordaje terapéutico se inscribe en el marco de la terapia
- 3.- Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.

CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento se llevará a cabo con una periodicidad de un encuentro semanal, mediante plataforma zoom/ consultorio, con una duración de minutos cada uno, estableciéndose a la fecha los días a lashs.
Las consultas tendrán dicha duración, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso. De igual manera, el día y el horario podrán verse modificados de mutuo acuerdo y debido a las circunstancias particulares.
- 3.- La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.

CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS

- 1.- La asistencia se realiza mediante el pago de un honorario por entrevista, cuyo monto se acordará con el profesional tratante. Si por alguna razón usted tuviera dificultades con el pago del honorario, deberá informar al profesional dicha circunstancia para que pueda ser tomada en consideración. En este caso los honorarios son de por sesión y se

realizará mediante transferencia bancaria o mercado pago, luego de terminada la sesión. Los mismos podrán modificarse de mutuo acuerdo durante el transcurso del tratamiento.

2.- El paciente responde económicamente por el espacio pautado aunque no concurra, salvo que haya una comunicación efectiva con el profesional con al menos 24hs de anticipación y este encuentre pertinente proponer un horario alternativo para la entrevista.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- 1.- El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.
- 2.- Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
- 3.- El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta: ínter consulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

Firma del Paciente
Aclaración:

Firma terapeuta:
MN: