

CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE MENORES DE EDAD

CONDICIONES RELACIONADAS A LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

1. **MODALIDAD:** Se realizará un tratamiento psicológico en modalidad a distancia (virtual), el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. **ABORDAJE TERAPÉUTICO:** el abordaje terapéutico será el adecuado a la situación clínica de cada paciente.
3. **DURACIÓN DE LAS SESIONES:** las sesiones tendrán una duración aproximada de 50 minutos o de acuerdo al criterio profesional.
4. **HONORARIOS:** el importe de los honorarios profesionales será el acordado con la / el profesional.
5. **CONFIRMACIÓN DEL TURNO:** La sesión quedará **completamente confirmada** cuando la / el profesional reciba el pago de los honorarios. El pago debe ser realizado por anticipado. La sesión podrá ser pagada desde la emisión de la reserva del turno hasta 24 horas hábiles previas a la sesión. Caso contrario, el horario reservado podría quedar disponible para ser otorgado a otros pacientes o para lo que el profesional disponga. Si esto último sucede, podrá pactarse un nuevo turno.
6. **CANCELACIONES Y REPROGRAMACIONES:** las cancelaciones o reprogramaciones de turnos deben realizarse hasta 24 horas hábiles previas al horario de la sesión. En caso de no avisar con antelación suficiente, la sesión deberá ser abonada de igual manera.
7. **AUSENCIAS INJUSTIFICADAS:** cualquier inconveniente de fuerza mayor que no permitiese tener la sesión de terapia deberá ser comunicado efectivamente al o la profesional tratante. En caso de no presentarse ni avisar de la ausencia, la sesión se considerará otorgada y deberá ser abonada de igual manera.
8. **DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:** La duración del tratamiento será de mutuo acuerdo entre paciente y profesional. Cada paciente asistirá voluntariamente a las sesiones y podrá desistir de participar y retirarse del tratamiento en cualquier momento.

9. **ABANDONO DE TRATAMIENTO:** La ausencia a 2 (dos) sesiones consecutivas sin aviso efectivo al o la profesional tratante o el cese de comunicación por parte del / de la paciente , será considerado como abandono de tratamiento, y por ende, el tratamiento se dará por finalizado. De este modo, el / la paciente perderá el derecho a las sesiones abonadas por anticipado y/o al horario asignado.
10. **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** la confidencialidad, seguridad y dignidad de cada paciente, como la de su entorno familiar, quedan totalmente resguardadas por el Secreto Profesional. Además, todo dato personal y sensible queda resguardado según lo establecido por la Ley Nacional Argentina de Protección de Datos Personales N° 25.326.

Por lo tanto, en mi / nuestro carácter de _____

_____ (vínculo o representación legal) **doy mi consentimiento para que _____** (nombre y apellido del / de la paciente) **inicie evaluación psicológica y/o tratamiento psicológico en modalidad virtual (online) con el Licenciado / la Licenciada en Psicología _____, matrícula _____,** dejando constancia asimismo de que he / hemos sido debidamente informado/s de las condiciones de la práctica psicológica a llevarse a cabo, y de que me / nos han sido respondidas todas las dudas pertinentes y acuerdo / acordamos con lo expuesto en este documento.

Firma del Paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma de la Madre:

Aclaración:

DNI:

Firma del Padre:

Aclaración:

DNI:

Firma del Tutor Responsable:

Aclaración:

Parentesco/Relación:

DNI: