

Ficha de datos y consentimiento

Datos personales

| | |
|---------------------|--|
| Nombre completo: | |
| Fecha de nacimiento | |
| Teléfono fijo: | |
| Celular: | |
| Correo electrónico: | |
| Dirección: | |

Contacto de emergencia

| | |
|---------------------|--|
| Nombre y vínculo: | |
| Teléfono: | |
| Celular: | |
| Correo electrónico: | |

Medicación psiquiátrica actual *(si correspondiera)*

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Profesionales actuales (si correspondiera; psiquiatras, otros psicólogos, etc.). Nombre y datos de contacto.

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |

Consentimiento Informado

Este consentimiento implica que has recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizaremos, que prestas tu consentimiento al mismo, y que los datos personales aportados son veraces. Firmar este consentimiento implica que hemos discutido lo siguiente respecto a la consulta:

- Que ha sido explicitada la hipótesis diagnóstica, o en caso de no haber diagnóstico claro, la formulación del problema según como lo ve el terapeuta.
- Que ha sido explicitada la propuesta de tratamiento, lo cual incluye el plan general a seguir, las posibles dificultades que implica, la duración estimada, y lo que se puede esperar del tratamiento.
- Las alternativas de tratamiento, en caso de que las hubiera.
- Que todo lo discutido en sesión está cubierto por el secreto profesional, salvo en los casos en que la legislación disponga lo contrario (por ejemplo, cuando hay riesgo de vida).
- Que te comprometes a seguir las indicaciones terapéuticas oportunas, ya sea interconsultas, estudios complementarios, o una eventual derivación, según lo consideremos necesario.
- El tratamiento se puede interrumpir en cualquier momento en que lo consideres oportuno, informándome previamente, para evaluar si esa interrupción puede ser perjudicial para vos o para terceros, reservándome el derecho de notificar a las personas correspondientes.
- Podemos modificar las condiciones del tratamiento durante el transcurso del mismo en caso de ser necesario.

Firmar este consentimiento también significa que aceptas las condiciones **formales** de tratamiento, lo cual implica lo siguiente:

- Asistir a las sesiones en el día y horario acordados.
- Los honorarios acordados se pagan por sesión o en otra forma convenida.
- En caso de faltar a una sesión sin un aviso de al menos 24 horas de antelación, los honorarios de esa sesión se cobrarán de todos modos.
- Se considerará que no asistir a dos sesiones seguidas (sin avisar de ninguna manera), implica que has abandonado el tratamiento.

Si tuvieras cualquier duda sobre estos puntos podemos discutirla antes de firmar este consentimiento.

Fecha:

Nombre del paciente/responsables:

Firma del paciente/responsables:

Documento de Identidad