



Consentimiento informado de tratamiento psicoterapéutico (Adultos)

)

Apellido y Nombre.....

DNI.....

Nacionalidad.....

Dirección.....

Teléfono.....

Teléfono de referencia familiar.....

Es importante leer atentamente el presente documento, en caso de tener dudas o no comprender parte del contenido del mismo, por favor soliciten al profesional tratante que les explique en detalle toda información que no entiendan claramente. Al firmar el presente documento, ustedes estarán aceptando su contenido y dando su consentimiento a las condiciones aquí detalladas.

Sobre el tratamiento

Se realizará un tratamiento psicológico de orientación psicoanalítica, dirigido a la atención de los motivos de consulta expuestos.

Se llevarán a cabo una serie de entrevistas donde a partir del motivo de consulta y un diagnóstico socio-ambiental se orientará el tratamiento más conveniente para cada caso, o cualquier derivación o interconsulta pertinentes.

Se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante.

La duración del mismo será el que se juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

En caso de reiteradas ausencias, algunas de ellas con o sin aviso, el profesional tratante podrá evaluar si están dadas las condiciones para continuar con la atención.

Modalidad y pago de honorarios

El paciente se compromete a abonar las entrevistas pautadas, aunque no concurra con o sin justificación, a los fines de mantener la reserva de los días y horarios.

En caso de que la modalidad del tratamiento sea en forma virtual se realizará el pago por medio de transferencia o depósito bancario, de ser posible, con anterioridad a cada encuentro.

Evolución del tratamiento

Usted podrá interrumpir el tratamiento en forma unilateral en el momento en que lo considere, siendo oportuno informar esta decisión al profesional tratante. El profesional evaluará si dicha interrupción puede ser perjudicial para el paciente o para terceros y se reservará el derecho de notificar esta decisión a quien considere del entorno.

Se garantiza la confidencialidad y el debido secreto respecto a la información recibida en el ejercicio profesional, cuyo límite sólo podrá vulnerarse por una justa causa, de acuerdo a lo establecido en los códigos de ética y en la normativa legal vigente, o ante la posibilidad de daño para sí o para terceros o tipificaciones delictuales.

El paciente se compromete a considerar las indicaciones que el profesional tratante le aconseje, en el caso de ser necesaria una interconsulta psiquiátrica o médica, o bien una derivación a una institución.

Por el presente dejo constancia que:

- Todos los datos personales que he aportado para la confección del historial clínico son veraces.
- He recibido suficiente información acerca del tratamiento psicoterapéutico que he solicitado y comprendido todos los requerimientos y condiciones para realizarlo.
- Que he sido informado de las condiciones administrativas respecto al pago de honorarios.

Bs. As. a los díasde....de 2021

Firma del paciente:

Firma del profesional:

Aclaración:

Aclaración:

N° de matrícula:



ESPACIO CUENCA

ESPACIO CUENCA

Consentimiento informado de tratamiento psicoterapéutico (Menores de Edad)

Apellido y Nombre.....

DNI.....

Nacionalidad.....

Dirección.....

Teléfono.....

Teléfono de referencia familiar.....

Es importante leer atentamente el presente documento, en caso de tener dudas o no comprender parte del contenido del mismo, por favor soliciten al profesional tratante que les explique en detalle toda información que no entiendan claramente. Al firmar el presente documento, ustedes estarán aceptando su contenido y dando su consentimiento a las condiciones aquí detalladas.

Sobre el tratamiento

Se realizará un tratamiento psicológico de orientación psicoanalítica, dirigido a la atención de los motivos de consulta expuestos.

Se llevarán a cabo una serie de entrevistas donde a partir del motivo de consulta y un diagnóstico socio-ambiental se orientará el tratamiento más conveniente para cada caso, o cualquier derivación o interconsulta pertinentes.

Se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante.

La duración del mismo será el que se juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

En caso de reiteradas ausencias, algunas de ellas con o sin aviso tanto por parte del paciente y/o sus responsables legales, el profesional tratante podrá evaluar si están dadas las condiciones para continuar con la atención.

Modalidad y pago de honorarios

El paciente se compromete a abonar las entrevistas pautadas, aunque no concurra con o sin justificación, a los fines de mantener la reserva de los días y horarios.

En caso de que la modalidad del tratamiento sea en forma virtual se realizará el pago por medio de transferencia o depósito bancario, de ser posible, con anterioridad a cada encuentro.

Evolución del tratamiento

Ustedes y/o el paciente podrá interrumpir el tratamiento en forma unilateral en el momento en que lo consideren, siendo oportuno informar esta decisión al profesional tratante. El profesional evaluará si dicha interrupción puede ser perjudicial para el paciente o para terceros y se reservará el derecho de notificar esta decisión a quien considere del entorno.

Se garantiza la confidencialidad y el debido secreto respecto a la información recibida en el ejercicio profesional, cuyo límite sólo podrá vulnerarse por una justa causa, de acuerdo a lo establecido en los códigos de ética y en la normativa legal vigente, o ante la posibilidad de daño para sí o para terceros o tipificaciones delictuales.

Ustedes, como responsables legales, se comprometen a asistir a las entrevistas a las que sean citados por el profesional, y a considerar las indicaciones que el profesional tratante les aconseje, en el caso de ser necesaria una interconsulta psiquiátrica o médica, o bien una derivación a una institución.

Por el presente, dejamos constancia que:

- Todos los datos personales que hemos aportado para la confección del historial clínico son veraces.
- Hemos recibido suficiente información acerca del tratamiento psicoterapéutico que hemos solicitado y comprendido todos los requerimientos y condiciones para realizarlo.
- Hemos sido informados de las condiciones administrativas respecto al pago de honorarios.

Bs. As. a los díasde....de 2021

Firma del paciente:

Firma del profesional:

(sólo en caso de ser mayor de 13 años)

Aclaración:

Aclaración:

N° de matrícula:

Firma de la madre:	Firma del padre:
Aclaración:	Aclaración:
Tipo y N° de documento:	Tipo y N° de documento:

En caso de corresponder (presentar constancia):

Firma del Representante Legal:
Aclaración:
Tipo y N° de documento: