

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO Y ENCUADRE PSICOTERAPÉUTICO

Apellido y Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nº D.N.I: _____

Cobertura: _____

Contacto de Emergencia: _____ --- _____

- *Manifiesto que los datos personales que he proporcionado para mi historia clínica son correctos.*
- *Confirmo que he recibido toda la información necesaria sobre las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.*
- *Doy mi consentimiento voluntario según las condiciones que se detallan a continuación:*

A) CUESTIONES RELATIVAS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento psicológico se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos en sesión.
2. El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia basada en la evidencia.

CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento se llevará a cabo con una **periodicidad semanal o quincenal** (según las posibilidades particulares de cada paciente). Las consultas tienen una duración promedio de hasta 45 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
2. El plazo del tratamiento será de **6 meses**, el cual puede ser modificado (extendido o acortado) mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
3. Las sesiones se realizarán de manera presencial en calle **Combate de las Piedras 56 A (Consultorio 18)**, San Miguel de Tucumán o virtual a través de **plataforma Google Meet**.

CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS

1. El valor de los honorarios, así como los **incrementos en los mismos (bimestrales)** serán en base a los aranceles mínimos de referencia según Colegio de Psicólogos de Tucumán. En el caso de sesiones terapéuticas si se abonan 4 sesiones por adelantado, se aplicará un **descuento del 10%**.
2. En los **días feriados no se brindará sesión**. En caso de haber abonado la sesión por adelantado se reprogramará durante la semana.

3. El paciente responde económicamente por el espacio pautado, aunque no concurra, por este motivo debe dar aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a la sesión para que no se cobre la misma. Si da aviso con menos de 24 horas de anticipación, debe abonar el 50% de los honorarios pactados. Si da aviso con 60 minutos o menos de anticipación, debe abonar la sesión completa.

CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

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

SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

El secreto profesional es una obligación ética y legal que garantiza que toda la información compartida durante las sesiones de terapia se mantendrá confidencial. Este principio es fundamental para crear un ambiente de confianza y seguridad, permitiendo que el paciente se sienta cómodo al compartir sus pensamientos y emociones. La confidencialidad solo puede ser vulnerada en casos excepcionales donde exista un riesgo real de daño para el paciente o terceros, según lo establecido en el código de ética profesional del Colegio de Psicólogos de Tucumán, Ley Nº 7512

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Paciente: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Responsable: _____

Aclaración: _____

Parentesco/Relación: _____

Nº D.N.I.: _____

Firma y Sello del Profesional