

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

Estimado Paciente:

Por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con el/la psicólogo/a. El presente documento esta elaborado para validar su conformidad con el servicio Psicológico que le otorga SERENA Psicólogos y que usted acepta al comenzar su proceso terapéutico ONLINE o PRESENCIAL, según sea el caso, con SERENA Psicólogos. En el caso de que el paciente sea menor de Edad, sea su tutor quien lea, revise y firme de conformidad el presente documento.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DEL PACIENTE

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo reportes escritos, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución sin su consentimiento expreso. Únicamente podrán ser requeridas por la Dirección clínica con fines de supervisión para vigilar la calidad en el servicio. De igual manera la información podrá ser requerida cuando exista la orden de entrega proveniente de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

2. MODELO DE TRATAMIENTO

El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el problema con usted y obtendrá información relevante.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

4.- DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO, AL INICIAR MI PROCESO TERAPEUTICO CON SERENA PSICÓLOGOS, YO EL PACIENTE DECLARO:

4.1. Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por el servicio de psicología de SERENA Psicólogos y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o.

4.2. Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

4.3. De igual manera, expreso que actúo consecuente, libre y voluntariamente, contribuyendo de forma activa. Soy conoedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio clínico cuando lo estime conveniente, avisando con 8 días de antelación, y sin necesidad de justificación alguna, sin embargo, acepto el siguiente encuadre general con el especialista que me atienda:

- I. Generar el pago de la sesión previo a la consulta en los tiempos en que me sea solicitado por la Clínica (2 horas antes de una cita online y 24 horas antes en la psicoterapia presencial) Se considera como pago realizado; enviar el comprobante de pago al número de WhatsApp a la Administración de la clínica: 55 2212 9688. y recibir la confirmación de la misma. Posterior a los tiempos máximos de espera, SERENA libera el espacio y éste puede quedar disponible para su uso u ocupación para citas abiertas o requerimientos administrativos solicitados al terapeuta. Por tanto para asegurar la disponibilidad será necesario enviar el comprobante en los plazos acordados.
 - a. Recepción: 556379 5197
 - b. Administración de la clínica: 55 2212 9688.
- II. Si se he realizado un pago y no he podido tomar mi sesión por alguna situación, puedo cancelarla hasta 2 veces posteriores sin el pago de una compensación, sin embargo si cancelara por tercera vez la sesión, la Clínica me devolverá el monto depositado para la consulta pues el importe servirá para cubrir los gastos que se generaron por la cita no efectuada.
- III. Confirmar mi conexión un día antes de la sesión.
- IV. Realizar la conexión en el horario en que se acordó.
- V. En caso de que no realice la conexión 10 minutos después del horario en que se acordó para su consulta, la Clínica no me devolverá el monto depositado para la consulta pues servirá para cubrir los gastos que se generaron por la cita no efectuada.
- VI. En el caso de que reagende o cancele 2 sesiones consecutivas del horario empleado, la clínica podrá disponer del mismo.
- VII. En caso de tener algún problema personal o técnico para llevar a cabo la consulta, deberé notificarlo de inmediato al número de recepción u administración para que se le haga saber al especialista en cuestión. Por otra parte, comprendo que recibiré las sesiones en modalidad presencial o en línea, utilizando la plataforma o aplicación que la Clínica determine y de acuerdo con las consideraciones clínicas del especialista que me atenderá; el cual cuenta con las credenciales suficientes para brindarme asesoría psicológica, de manera profesional, ética y responsable. Entiendo que por medio de éste **Consentimiento Informado** a través del medio por el que se me haya hecho llegar, se respetará la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica y soy consciente que mi evolución clínica depende enteramente de mi iniciativa para apegarme a los tratamientos que me sean indicados. Por último, hago saber que cuento con un dispositivo que posee los requerimientos técnicos necesarios para establecer la comunicación con el especialista que me fue asignado en la plataforma o aplicación que haya determinado la Clínica.

5) DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, YO EL PACIENTE:

Declaro que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia al iniciar mi proceso con SERENA PSICÓLOGOS, a través de mi primer sesión, acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado. *

Nombre del menor* En el caso de ser el paciente

Firma y nombre de conformidad