**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

Apellido y Nombre del paciente:………………………………………………………….

DNI Nro:.………………………….

IMPORTANTE: Lean atentamente el presente documento, podría contener frases o palabras que ustedes no alcancen a comprender. De ser así, 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.

CARACTERÍSTICA DEL TRATAMIENTO

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

DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

1. La duración del tratamiento será la que el profesional juzgue necesaria de acuerdo a la consulta. El tratamiento individual se desarrollará dentro del marco institucional durante las primeras 18 (dieciocho) entrevistas y luego continuará en forma privada.
2. La frecuencia de las entrevistas la indicará el profesional. Los turnos son de 45 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en el transcurso de la entrevista.
3. La ausencia a 2 (dos) entrevistas seguidas sin que medie aviso por parte del paciente y/o sus responsables legales, será interpretada como un abandono del tratamiento y el profesional podrá disponer de ese horario. En caso de querer reiniciar el tratamiento deberán realizar una nueva entrevista de admisión.

PAGO DE HONORARIOS

1. La asistencia se realiza mediante el pago de un bono cuyo monto se acuerda con el analista. El valor acordado es de $ .............. por entrevista y se paga por sesión en Secretaría. El comprobante se entrega al profesional en cada sesión.
2. El paciente abona las sesiones pautadas aunque no concurra, con o sin justificación, a los fines de poder mantener la reserva horaria.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

1. Ustedes y/o el paciente podrán interrumpir el tratamiento en forma unilateral en el momento en que lo consideren oportuno, sin necesidad de explicar causa o motivo, con el único requisito de 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 responsable.
2. 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.
3. Ustedes, como responsables del paciente, se comprometen a asistir a las entrevistas a las que sean citados por el profesional, y a cumplir las indicaciones que éste les imparta, en el caso de considerar necesaria una interconsulta psiquiátrica y/o médica, o bien una derivación a otra 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.

Buenos Aires…………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Paciente  (sólo en caso de ser mayor de 13 años) | Firma del Profesional |
| Aclaración | Aclaración |
| Tipo y Nro. Documento | Nro. de Matrícula |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Progenitor 1 | Firma del Progenitor 2 |
| Aclaración | Aclaración |
| Tipo y Nro. Documento | Nro. de Documento |

En caso de corresponder (debe adjuntar constancia):

|  |
| --- |
| Firma del Representante Legal |
| Aclaración |
| Tipo y Nro. Documento |