**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

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

DNI/CI/LC Nº…………………………..

IMPORTANTE: Lea atentamente el presente documento; podría contener frases o palabras que usted no alcance a comprender. De ser así, por favor solicite al profesional tratante que le explique en detalle toda información que no entienda claramente. Al firmar el presente documento, usted estará aceptando su contenido y dando su consentimiento a las condiciones aquí detalladas.

CARACTERISTICAS 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 28 (veintiocho) 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 será interpretada como un abandono del tratamiento y el profesional podrá disponer de ese horario. En caso de querer reiniciar el tratamiento deberá 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. 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. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros, reservándose el derecho de notificar 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. El paciente se compromete a cumplir las indicaciones que el profesional tratante le imparta, en el caso de considerar necesaria una interconsulta psiquiátrica y/o médica, o bien una derivación a otra 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.

Buenos Aires…………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Paciente | Firma del Profesional |
| Aclaración | Aclaración |
| Tipo y Nro. Documento | Nro. de Matrícula |