

 **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Pacientes Menores**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cobertura Médica/N° afiliado  |  | Documento Identidad  |  |

**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 usted no entienda claramente. Al firmar el presente documento, ustedes estarán aceptando su contenido y estarán dando su consentimiento a las condiciones aquí detalladas.

* **Cuestiones Relativas a las Características del Tratamiento:**

El paciente iniciará un tratamiento psicológico orientado a la atención y resolución de los temas y motivos que el paciente exponga durante su consulta.

El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica en particular y el mismo se realizara siguiendo las escuelas psicoterapéuticas de tratamientos aceptadas en la comunidad científica. Ustedes podrán consultar con el terapeuta las posibles alternativas al tratamiento recomendado.

En todo momento, el profesional tratante guardará debida confidencialidad respecto a la información brindada por el paciente, dicho límite solo podrá ser vulnerado con justa causa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión y a las normativas legales vigentes.

* **Cuestiones Relativas a la Duración y Modalidad del Tratamiento:**

El tratamiento se llevará a cabo a través de una serie de consultas periódicas cuya frecuencia será la indicada por el profesional tratante, generalmente dicha frecuencia es semanal.

Las consultas tendrán una duración promedio de 30 a 40 minutos, pudiendo haber ciertas variaciones en su duración según lo acontecido en el transcurso de la misma y a criterio clínico del profesional.

El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática por ustedes expuesta a lo largo de las consultas.

**Av. Santa Fe 1955 -Piso 4° E -C1123AAB, Buenos Aires -Tel: 4816-1200/1156/4811-6956 Av. Rivadavia 5170 -Piso 3° C -C1424CET, Buenos Aires -Tel: 4901-9674/4902-6744/4903-2709**



* **Cuestiones Relativas a la Evolución del Tratamiento:**

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.

Si por cualquier motivo el paciente se ausentara a dos (2) consultas consecutivas, sin haberlo informado previamente y en forma fehaciente a su terapeuta, se dará por finalizado legalmente su tratamiento. Si el paciente quisiera reanudar sus consultas, deberá solicitar un nuevo turno de admisión, no estando garantizada la continuidad con el mismo profesional.

Ustedes, como responsables del paciente, serán encargados de seguir y observar fielmente todas las indicaciones terapéuticas impartidas por el profesional tratante, como ser: planes de medicación, interconsulta con otros profesionales y/o eventuales derivaciones institucionales.

* **Cuestiones Relativas al Pago de Honorarios:**

El costo de las consultas realizadas dependerá del plan de cobertura médica que el paciente disponga y del tipo de prestación a realizar en cada caso.

En algunos casos la cobertura de su plan médico puede ser completa y no requerir de pagos adicionales, en otros casos puede requerirse un pago adicional en cada consulta (llamado **copago o coseguro)**, de ser así, el importe de dicho copago es el fijado por la institución de salud a la cual está afiliado.

Cuando supere el tope de consultas anuales cubiertas por el plan médico (medicina prepaga u obra social), deberá abonar un copago de **post-cobertura** en cada consulta para poder continuar con el tratamiento, el importe de dicho copago podrá ser consultado con su terapeuta o con el personal administrativo.

Cuando usted no pueda asistir a alguna consulta deberá informar esta novedad a su terapeuta en forma fehaciente y con al menos 48 horas de anticipación, en caso contrario usted deberá abonar los honorarios profesionales correspondientes al turno bloqueado para conservar el turno.

**Av. Santa Fe 1955 -Piso 4° E -C1123AAB, Buenos Aires -Tel: 4816-1200/1156/4811-6956 Av. Rivadavia 5170 -Piso 3° C -C1424CET, Buenos Aires -Tel: 4901-9674/4902-6744/4903-2709**



* **Consentimiento del paciente:**

Hemos leído y revisado cuidadosamente el contenido del presente documento, hemos podido consultar todas nuestras dudas al respecto y las mismas nos han sido debidamente aclaradas, por lo tanto, habiendo comprendido todos los requerimientos y condiciones para mi tratamiento, declaro:

* Que todos los datos personales que hemos aportado para la confección del historial clínico son veraces.
* Que hemos recibido suficiente información acerca del tratamiento psicoterapéutico que hemos solicitado.
* Que hemos recibido notificación sobre los aranceles y copagos vigentes según el tratamiento.
* Que hemos sido informados de las condiciones administrativas respecto al pago de honorarios.

Por lo tanto, consentimos voluntariamente la realización del tratamiento psicoterapéutico, estando en un todo de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente documento.

Lugar:………………………………………… Fecha: …………/…………/...………..

Firma del Paciente:………………………………………………… Firma de la Madre:…………………………….…………………..

Aclaración: …………………………………………………………….. Aclaración: ……………………………………………………………..

Doc. Identidad: ……………………………………………………… Doc. Identidad: ………………………………………………………

Firma del Padre:……………………………………………………

Aclaración:……………………………………………………………..

……………………………………………………………….... Doc. Identidad:……………………………………………………… Firma y Sello del Profesional

**Av. Santa Fe 1955 -Piso 4° E -C1123AAB, Buenos Aires -Tel: 4816-1200/1156/4811-6956 Av. Rivadavia 5170 -Piso 3° C -C1424CET, Buenos Aires -Tel: 4901-9674/4902-6744/4903-2709**