 **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO**

**PACIENTES ADULTOS**

**Apellido y nombre del paciente……………………………….………………**

**Cobertura.……………………………. D.N.I/C.I……………………………………**

**Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:**

**CUESTIONES REALTIVAS A LAS CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO**

**1.- Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.**

**2.- El abordaje terapéutico será el adecuado a cada situación clínica y se inscribe dentro de las escuelas terapéuticas de tratamientos focales.**

**3.- Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.**

**CUESTIONES RELATIVAS A LA DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO**

**1.- El tratamiento se llevara a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante.**

**Las consultas tienen una duración promedio de 30 a 40 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.**

**2.- El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.**

**3.- La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado.**

**Dado por finalizado el tratamiento.**

**CUESTIONES RELATIVAS AL PAGO DE HONORARIOS**

**1.- La asistencia se realiza mediante el pago de un Coseguro fijado por la institución medica a la cual usted es afiliado y su valor depende del tipo de prestación a realizar.**

**En el caso de superar el tope establecido de consultas cubiertas por la medicina prepaga a la cual usted pertenece, deberá abonar un coseguro de post-cobertura, cuyo monto me será informado previamente.**

**2.- El paciente responde económicamente por el espacio pautado aunque no concurra con o sin justificación, a los fines de poder mantener la reserva horaria.**

**CUESTIONES RELATIVAS A LA EVOLUCIÓN 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 tratante, 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, 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.**

**3.- El paciente se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta medicación , inter consulta y eventual derivación institucional.**

**Lugar …………………………… Fecha ……/……./…….**

**Firma del Paciente Firma del Profesional**

**Aclaración Aclaración**

**Nº Doc. Identidad Nº de Matricula**