

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO TERAPÉUTICO

D./D^a _____ con DNI/Pasaporte n° _____, y fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____, teléfono _____, mail _____ actuando en (seleccione con una X lo que corresponda):

Mi propio nombre Como padre/madre/tutor/a del/de la menor _____ con DNI n° _____, fecha de nacimiento _____ y domicilio en _____.

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido del Psicólogo M. Raúl G. Tristán toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.
En el caso de actuar en representación de un menor, reconozco expresamente que el psicólogo me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo a la psicólogo de realizar tal comunicación, por expresado motivo. El psicólogo podrá, no obstante, ponerse en comunicación con cualquiera de ellos/as durante el proceso, para tratar cuestiones relativas al mismo. Así mismo acepto/amos que seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a/tutorizado/a y el psicólogo. A partir de los doce años habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento. Los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el terapeuta, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres/madres/tutores, menor y terapeuta).
2. Si se trata de Terapia, Coaching, Orientación, etc. el número de sesiones a realizar y su temporalidad se estimará por el psicólogo. Los honorarios por cada una de las sesiones serán abonados antes del comienzo de cada sesión. En el caso de no ser posible la asistencia a alguna, lo comunicaré con al menos 24 horas de antelación. En caso contrario, el cliente será financieramente responsable de esa sesión perdida, a menos que se trate de un accidente o enfermedad imprevista y debidamente justificada, debiendo abonar los honorarios correspondientes al comienzo de la siguiente sesión. Estas condiciones (número de sesiones requeridas, espaciamiento y honorarios) serán renegociadas según la evolución del proceso del cliente.
3. En el caso de que el psicólogo lo estime necesario, consiento SI o NO que se registre la sesión mediante medios audio-visuales para su revisión personal. El cliente no estará en caso alguno autorizado a tomar imágenes y/o sonido (fotografías, vídeo, grabaciones, etc.) de las sesiones, sea cual sea el medio o situación en las que estas se desarrollen: presenciales, online (Skype, WhastApp, plataformas web, etc.), telefónicas, etc.
4. En el caso concreto de sesiones desarrolladas a través de TIC, sólo el cliente o clientes podrán estar presentes en el lugar de desarrollo de las mismas, durante su realización, con el fin de garantizar un adecuado proceso, confidencial y efectivo. También en el caso de desarrolladas a través de TIC, la interrupción de la sesión por causas injustificadas imputables al cliente, implicarán el cobro completo de la sesión, sin derecho a realizarla, debiéndose contratar otra nueva sesión si se desea continuar. En el caso de causas justificadas, no imputables a cliente ni psicólogo, el psicólogo podrá o no considerar la continuación de la sesión hasta los minutos restantes para su finalización, cuando sea posible en tiempo y forma, y el cobro o no de la sesión o parte proporcional de la misma.
5. La intervención profesional del psicólogo no se desarrollará en caso alguno en el ámbito de la Psicología Clínica y/o Sanitaria, sino en el campo del Bienestar Emocional, el Crecimiento Personal, el Desarrollo Profesional, la Orientación, Counselling, Mediación, y/o Asesoramiento/Acompañamiento.
6. Una vez valorada la necesidad de la intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, acuerdo y comprometo con el Psicólogo que suscribe este documento, que será solo él quien se encargará de prestarlo, conforme a la indicada información.
7. Así mismo quedo informado de que el consentimiento podrá ser revocado libremente, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable. El cliente será por lo tanto libre para, en cualquier momento, prescindir de los servicios del psicólogo sin necesidad alguna de justificación por su parte.

8. El psicólogo tendrá igualmente la potestad de admitir o no a un cliente, y de rescindir unilateralmente el compromiso contraído con el cliente, si así lo estima oportuno, en base a circunstancias personales o profesionales, que no deberá justificar.
9. El servicio fuera de sesión concertada, ya sea presencial en consulta, online, telefónica, etc. por requerimiento del cliente, tendrá los mismos costes que la concertada, la domiciliaria tendrá un sobrecoste por desplazamiento. No existe por parte del psicólogo obligación alguna de atender al cliente fuera del horario laboral, quedando a la discreción del psicólogo el prestar el servicio o no, en función de sus circunstancias laborales, personales o de cualquier otra índole, dado que no se realiza atención fuera del horario de sesión concertada, y como norma general: ni fuera del horario laboral, ni 24H, ni se atienden Urgencias, por lo que en caso de precisarla, y bajo su responsabilidad, decidirá si acudir o no a los servicios sanitarios que le correspondan.
10. Igualmente, he sido informado/a de:

- Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 Diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita, se recogerán en el fichero de pacientes cuyo responsable es M. Raúl G. Tristán. Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.
- Que se otorga expreso consentimiento para que el contenido de las sesiones pueda ser empleado con fines de investigación, análisis, educativos – formativos, divulgativos, publicaciones, etc. salvaguardando en todo momento el anonimato, y empleando si fuera preciso códigos, pseudónimos, iniciales, etc. de forma que resulte de todo punto imposible identificar al Cliente por terceros.
- Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, por escrito en la dirección de correo electrónico raultristan@raultristan.com, o en el domicilio social.
- Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y COMPROMETO, con el Psicólogo D. M. Raúl G. Tristán para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial relacionada con productos o servicios relacionados, como sesiones, talleres, cursos, etc.

SI NO

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Cliente/Padre/Madre/Tutor 1

Cliente/Padre/Madre/Tutor 2

Menor

Fdo.: D./Dª _____

Fdo.: D./Dª _____

Fdo.: D./Dª _____

El Psicólogo

Fdo.: D. M. Raúl G. Tristán. Psicólogo Col. nº A- 03021