



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO TERAPÉUTICO

D. /D^a _____ con DNI/NIE nº _____, fecha de nacimiento ____/____/____ domicilio en calle _____ Nº _____ piso _____ de la población de _____ Provincia de _____ CP _____, teléfono nº _____, correo electrónico _____. Actuando en (seleccione con una X):

Mi propio nombre _____ ó como padre/madre/tutor/a _____ del/de la menor de nombre _____ DNI/NIE nº _____, fecha de nacimiento ____/____/____ y domicilio en calle _____ Nº _____ piso _____ de la población de _____ Provincia de _____ y CP _____.

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 aceptamos 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, el Counselling 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 cliente 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.



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO TERAPÉUTICO

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. Protección de datos: En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos, (Reglamento UE 2016/679), en adelante RGPD, y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales, en adelante LOPDGDD, en relación a los datos proporcionados se informa al cliente de lo siguiente:

Responsable del tratamiento: Nombre y apellidos: M. RAÚL G. TRISTÁN – Psicólogo colegiado nº A-03021 COPPA Dirección: C/ San Lorenzo 6, 1º B Oficina 4, 50.001-Zaragoza Teléfono: 659374683 Correo electrónico: raultistan@raultristan.com

Finalidades: Gestión de los datos de los clientes para la prestación de servicios de psicología: terapia, orientación, desarrollo personal y profesional, ... Gestión administrativa, contable y fiscal de los servicios prestados. Informar a clientes acerca de actividades, cursos, talleres,... a realizar por el psicólogo (en caso de autorizarlo expresamente el usuario).

Legitimación: Consentimiento del interesado.

Conservación: Los datos personales del usuario se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando no sea necesario para tal fin, se suprimirán con las medidas de seguridad adecuadas.

Cesiones: Los datos facilitados por el usuario no serán cedidos, salvo en cumplimiento de una obligación legal o que medie consentimiento expreso del mismo.

Derechos: El usuario tiene los derechos reconocidos en el RGPD y la LOPDGDD a acceder, rectificar y suprimir los datos, solicitar la portabilidad de los mismos, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación de éste. Para el ejercicio de los derechos el usuario habrá de dirigirse a la responsable del fichero, junto con un documento acreditativo de su identidad y rellenando los formularios que se encuentran a su disposición a tal efecto. El usuario tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

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 Zaragoza, 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