Escuela de Vida 'GAIA'
Centro para la Salud Mental y el Bienestar Emocional

Consentimiento informado y contrato terapéutico

D. /Dª_____con DNI/NIE nº _____,

fecha de nacimiento _____/_____/_____ y domicilio en _____

De la localidad de _____ Provincia de _____ CP _____

Móvil 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 profesional 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 su profesión. 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 profesional. 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. El número de sesiones a realizar y su temporalidad se estimará por el profesional. 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. Las intervenciones se cobrarán en fracciones mínimas de ½ sesión una vez concluido el tiempo de una sesión. Estas condiciones (número de sesiones requeridas, espaciamiento y honorarios) serán renegociadas según la evolución del proceso del cliente.
3. El contenido de las sesiones podrá ser empleado por el profesional de forma oral, impresa, audiovisual u otra, por ejemplo como casos clínicos o ilustrativos, con fines didácticos, de comunicación, divulgación, investigación, etc. sin identificar a la persona, grupo o institución de que se trata.
4. En el caso de que el profesional 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.
5. 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 profesional 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.
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 profesional 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 profesional sin necesidad alguna de justificación por su parte.
8. El profesional 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 profesional obligación alguna de atender al cliente fuera del horario laboral, quedando a la discreción del profesional 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 Urgencias, por lo que en caso de precisarla, y bajo su exclusiva 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/ Coso, 98-100 Planta 5ª Puerta 1 B, 50.001-Zaragoza Teléfono: 659374683 Correo electrónico: info@escuelagaia.es **Finalidades:** Gestión de los datos de los clientes para la prestación de servicios de psicología: terapia, orientación, desarrollo personal y profesional… y demás servicios profesionales prestados por personal profesional en el Centro; Gestión administrativa, contable y fiscal de los servicios prestados. Informar a clientes acerca de actividades, cursos, talleres,... a realizar por el/los profesional/es y/o Escuela de Vida 'GAIA' (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.
11. He sido informado y SI [ ] o NO [ ] autorizo a que durante las sesiones sean observadores de las mismas (en la sala o a través de medios de transmisión) alumnos del Grado de Psicología, del Máster en Psicología General Sanitaria u otros estudios de grado o postgrado similares relacionados con los servicios prestados por profesionales del Centro, pudiendo realizar tareas propias de su formación y capacitación, supervisados por el profesional designado al efecto, y ateniéndose a lo expresado en el presente documento en cuanto a confidencialidad y deontología.
12. Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial con productos o servicios relacionados con Escuela de Vida 'GAIA', como sesiones, talleres, cursos, etc. por diferentes vías (telefónica, correo electrónico, correo postal, listas de correo, grupos de WhastApp, etc.). SI [ ] o NO [ ]

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y me COMPROMETO, con el profesional firmante 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 del Centro antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

En Zaragoza, a _____ de _____ de 20_____

Cliente/Padre/Madre/Tutor 1 | Cliente/Padre/Madre/Tutor 2 | El menor

Fdo.: D./Dª_____ | Fdo.: D./Dª_____ | Fdo.: D./Dª_____

El Profesional

Fdo.: