

## CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑOS/NIÑAS Y ADOLESCENTES

En la ciudad de \_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
yo \_\_\_\_\_

acepto por voluntad propia que mi hijo/a tome sesiones psicoterapéuticas en “**Centro de Atención Psicológica**” perteneciente a **Clínica de medicina deportiva S.A de C.V** y declaro estar de acuerdo en que:

1. El servicio que estoy aceptando incluye sesiones de trabajo psicoterapéutico.
2. El tratamiento que se le brindará a mi hijo/a es llevado a cabo con base en un modelo psicológico validado, que en unos casos funciona mejor que en otros.
3. Durante la primer sesión el/la psicólogo/a realizará una valoración inicial, donde discutirá el problema conmigo y mi hijo/a y obtendrá información relevante mediante entrevista y/o pruebas psicológicas.
4. La información que proporcione al psicólogo/a es verdadera y corresponde a la realidad de mi hijo/a, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención, así como las facilidades que la cultura y religión de mi hijo/a le exijan.
5. Las sesiones se realizarán los días y horas previamente acordados entre el/la terapeuta y yo, las mismas tendrán una duración de 50 minutos aproximadamente.
6. Toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi hijo/a, incluyendo grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente.
7. La información que proporcione al psicólogo/a es confidencial a no ser que la vida de mi hijo/a o la de los demás corra peligro o represente un riesgo ético o moral para el/la terapeuta.
8. Acepto que en caso de no poder asistir a la cita deberé cancelar con un mínimo de 2 horas de anticipación.
9. Desisto de ejercer cualquier acción legal contra el terapeuta o Clínica de medicina deportiva S.A de C.V en todos los casos y bajo todas las circunstancias
10. Me comprometo a presentar a mi hijo/a de forma puntual a sus citas con una tolerancia máxima de 10 minutos.
11. La decisión sobre la continuidad o suspensión de las actividades sugeridas por el/la psicólogo/a para la evaluación o tratamiento de la problemática abordada son tomadas por mí.
12. La información proporcionada al “Centro de Atención Psicológica” perteneciente a Clínica de medicina deportiva S.A de C.V como para la apertura de expediente así como la expresada durante el desarrollo de las sesiones se encontrara protegida en base al aviso de privacidad de la Clínica de medicina deportiva S.A. de C.V., el cual podrá ser revisado en la siguiente página web <https://cemaofficialmedicalcentre.com/aviso-de-privacidad/>

Al firmar este documento acepto que he leído y comprendido íntegramente los puntos anteriormente señalados y en consecuencia acepto su contenido, además me comprometo a seguir las indicaciones que el terapeuta o el personal de apoyo nos refiera para alcanzar las metas para el beneficio psicológico y emocional de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Psicólogo/a