

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS

En la ciudad de _____ con fecha ____ de _____ del año _____
yo _____

acepto por voluntad propia iniciar 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 me brindan 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 obtendrá información relevante mediante entrevista y/o pruebas psicológicas.
4. La información que le brindo al psicólogo/a es verdadera y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención, así como las facilidades que mi cultura y religión me 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. La información que proporcione al psicólogo/a es confidencial a no ser que mi vida o la de los demás corra peligro o represente un riesgo ético o moral para el/la terapeuta.
7. Toda la información concerniente a mi evaluación y tratamiento, 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.
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 presentarme de forma puntual a mis 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 en este documento y en consecuencia acepto su contenido, además me comprometo a seguir las indicaciones tanto de mi terapeuta como del personal de apoyo para alcanzar las metas para mi beneficio psicológico y emocional.

Firma del paciente

Firma del Psicólogo/a