



Ana Maes
psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____ con DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

domicilio en: _____ CP: _____ Ciudad: _____

Comunidad Autónoma: _____ País: _____

Dirección e-mail: _____ número de teléfono: _____

En caso de emergencia avisar a: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Actuando (señale una): En representación propia[] Como padre/madre o tutor/a legal del/la menor[]

Nombre del/la menor: _____

Nombre del otro padre/madre o tutor/a _____

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido de la Psicóloga **Ana Machado Estrada**, DNI: **53623713-H**; número de colegiación: **M-25233** 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 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. *Así mismo, cuando aplique, reconozco expresamente que el psicólogo/a 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.

2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Psicólogo/a, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información

3. Que, en caso del psicólogo detectar conductas o pensamientos que le hagan sospechar de que la salud del paciente se puede ver comprometida, como lesiones autolíticas, situaciones de abuso, maltrato, ideación suicida, o cualquier otra circunstancia relevante para su salud, éste podrá comunicárselo al contacto de emergencia facilitado por el paciente

4. Así mismo quedo informado de que el presente 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.

5. Entiendo que las sesiones deben ser abonadas de acuerdo a las tarifas establecidas con Ana Machado Estrada con un margen mínimo de 48 horas a la misma y hacer llegar al terapeuta el comprobante de dicha acción. De lo contrario, no se podrá garantizar la disponibilidad de la cita. Toda cita no anulada con un margen de 24 horas deberá ser abonada en su totalidad.

6. Las tarifas de las sesiones son de 65€ sesión individual y 70€ sesión de pareja o familia. *Ana Machado Estrada se guarda el derecho a modificar las tarifas indicadas.

7. La duración de las sesiones será de 50 minutos aproximadamente en caso de terapia individual y de 1h en caso de terapia familiar o de pareja.

8. El día y hora de la siguiente sesión se establecerá con antelación, realizándose de forma general al final de cada sesión.

9. Los objetivos terapéuticos serán específicos según la demanda del paciente. La duración del proceso terapéutico dependerá de la problemática que presente el paciente y su finalización será cuando se hayan satisfecho los objetivos terapéuticos.

10. Bajo ninguna circunstancia se podrá grabar el desarrollo de la sesión. En caso contrario, se tomarán las pertinentes medidas legales.

11. Como vía de comunicación y medio de contacto entre otros, el paciente consiente y autoriza el uso de sistemas de mensajería instantánea como Whatsapp, con la finalidad de agilizar la gestión de los servicios contratados con Ana Machado Estrada.

12. Manifiesto que he recibido y acepto la Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Ana Machado Estrada (53623713H) – info@anamaes.es. FINALIDADES: Prestación asistencial, gestión del paciente y de su historia clínica y tareas administrativas derivadas; informar de nuestros productos y servicios, incluso por medios electrónicos y envío de confirmación de visita a través de medios electrónicos (whatsapp, sms, email...). DERECHOS: Puede retirar su consentimiento, darse de baja de nuestros envíos y/o solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos en cualquier momento dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es)

Importante: En caso de proporcionar datos personales de terceros, el paciente declara que cuenta con su consentimiento y que les ha suministrado toda la información necesaria acerca de las finalidades y la forma en la que serán tratados sus datos personales.

*En caso de que el paciente sea menor 16 años, se deberá incluir el nombre del menor y el nombre y firma de su representante legal (madre, padre o tutor).

En _____ a _____ de _____ de 202__

Fdo.: D./D^a: _____
Firma del paciente

Fdo.: D^a Ana Machado Estrada
Máster Psicología Clínica y de la Salud

Ana Machado Estrada
Psicóloga colegiada M-25233

