

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSICOLOGÍA

YO EL SR/A.....CON DNI
Nº.....

DECLARO QUE:

- 1) HE LEÍDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE SE ME HA ENTREGADO.**
- 2) HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL ENCUADRE TERAPÉUTICO (DURACIÓN, FRECUENCIA, MODALIDAD, MODOS DE PAGO, ETC.)**
- 3) HE HABLADO CON EL PROFESIONAL PSICÓLOGOM.P..... QUIEN ME HA ACLARADO MIS DUDAS Y DECLARO QUE NO PRESENTO ACTUALMENTE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA NI FIEBRE, NI NINGUNO DE MIS CONVIVIENTES Y QUE SI ASÍ FUESE LE HARÉ SABER AL PROFESIONAL INMEDIATAMENTE.**
- 4) HE RECIBIDO INFORMACIÓN DETALLADA ACERCA DE LAS FORMAS DE CONTAGIO DEL COVID-19, LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y CUIDADOS A TOMAR ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LAS PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS EN CONSULTORIO.**
- 5) ASUMO LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL COSTO DEL TRATAMIENTO, EN CASO DE QUE LA OBRA SOCIAL DE LA QUE SOY BENEFICIARIO/A NO CUBRA LAS SESIONES REALIZADAS.**
- 6) RECONOZCO EXPRESAMENTE QUE COMPRENDO PERFECTAMENTE EL CONTENIDO DEL PRESENTE, ESTANDO SATISFECHO CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y HE PODIDO TOMAR UNA DECISIÓN RESPECTO A LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA A REALIZAR.**
- 7) PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN LA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA. EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR O PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMO TUTOR LEGAL Y RESPONSABLE ACEPTO EL TRATAMIENTO A SER REALIZADO.**
- 8) ESTE CONSENTIMIENTO SE APLICA DENTRO DEL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA REFERENTE A LA PANDEMIA DEL COVID-19 Y DEL DECRETO ÚNICO DE AISLAMIENTO OBLIGATORIO.**
- 9) FIRMO POR DUPLICADO, QUEDÁNDOME CON COPIA DE ESTE IMPRESO.-**

EN CATAMARCA, A LOSDÍAS DEL MES DEDEL AÑO 2020.