

Carta Consentimiento Informado

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. EXPEDIENTE _____

INFORMACIÓN: Usted ha sido examinado por un psicólogo, quien tras la exploración de su estado mental, determinó la necesidad de que usted lleve un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los profesionales que le atienden le informarán oportunamente sobre los tratamientos que se llevan a cabo dentro del servicio que usted ha elegido.

BENEFICIOS: Se le aplicarán técnicas psicoterapéuticas y herramientas de acuerdo a su diagnóstico, las cuales están destinadas a controlar los síntomas de su padecimiento. Será importante acudir a sus citas programadas y seguir las indicaciones que le proporcione el psicólogo tratante.

DERECHOS DEL PACIENTE: Los servicios de atención Psicológica se encuentran sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será utilizada con fines a la investigación y la ciencia, y será tratada de forma confidencial, utilizando todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito de las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten al psicólogo tratante.

CONSENTIMIENTO: Manifiesto que he recibido la información completa, clara y suficiente, han sido aclaradas todas mis dudas respecto de los procedimientos a realizar durante el tratamiento. También he sido informado de que, de acuerdo a las normas oficiales, el psicólogo tratante reitera su absoluto respeto a la libre toma de decisiones y tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO

NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO

Nombre y firma del paciente o su representante legal

Nombre y firma del paciente o su representante legal