**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

Apellido y Nombre del paciente:………………..………………………………….

DNI/CI/LC Nº…………………………..

DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO:

1. La duración del tratamiento será la que el profesional juzgue necesaria de acuerdo a la consulta.
2. La frecuencia de las entrevistas la indicará el profesional.
3. La ausencia a 2 (dos) entrevistas seguidas, sin ningún aviso previo, será interpretada como un abandono del tratamiento y el profesional podrá disponer de ese horario. En caso de querer reiniciar el tratamiento deberá realizar una nueva entrevista de admisión.

PAGO DE HONORARIOS:

1. La asistencia se realiza mediante el pago de un honorario establecido.
2. El paciente abona las sesiones pautadas aunque no concurra, con o sin justificación, a los fines de poder mantener la reserva horaria.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

1. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros, reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.
2. Se garantiza la confidencialidad y el debido secreto respecto a la información recibida en el ejercicio profesional, cuyo límite sólo podrá vulnerarse por una justa causa, de acuerdo a lo establecido en los códigos de ética y en la normativa legal vigente, o ante la posibilidad de daño para sí o para terceros o tipificaciones delictuales.
3. El paciente se compromete a cumplir las indicaciones que el profesional tratante le imparta, en el caso de considerar necesaria una interconsulta psiquiátrica y/o médica, o bien una derivación a otra Institución.

Por el presente dejo constancia que:

* + Todos los datos personales que he aportado para la confección del historial clínico son veraces.
  + He recibido suficiente información acerca del tratamiento psicoterapéutico que he solicitado y comprendido todos los requerimientos y condiciones para realizarlo.
  + Que he sido informado de las condiciones administrativas respecto al pago de honorarios.

Buenos Aires…………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Paciente | Firma del Profesional |
| Aclaración | Aclaración |
| Tipo y Nro. Documento | Nro. de Matrícula |