

---

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Fecha: //20\_\_

## 1. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Por la presente, yo, ....., identificado con DNI ....., manifiesto de manera libre, consciente y responsable mi decisión de iniciar un proceso de asistencia psicológica con el **Lic.** .....

Comprendo que la psicoterapia es un proceso colaborativo basado en la transparencia y el compromiso mutuo, cuyo objetivo primordial es el bienestar del paciente y la búsqueda de herramientas para su salud mental.

## 2. MARCO LEGAL Y SECRETO PROFESIONAL

El presente encuadre se rige por las leyes vigentes del Ejercicio Profesional de la Psicología. El profesional se compromete a salvaguardar la privacidad del paciente bajo el **Secreto Profesional**, el cual solo podrá ser relevado en las siguientes excepciones legales:

- Existencia de una orden judicial expresa.
- Situaciones de riesgo inminente para la vida del paciente o de terceros.
- Necesidad de interconsulta profesional para la mejora del tratamiento (bajo reserva de identidad).

## 3. MODALIDAD DE TRABAJO Y ENCUADRE

- **Autonomía:** El paciente tiene el derecho de interrumpir o finalizar el tratamiento en el momento que lo desee, comprometiéndose idealmente a tener una sesión de cierre para dar por concluido el proceso de forma adecuada.
- **Puntualidad:** Se establece una tolerancia máxima de **15 minutos**. Pasado este tiempo, la sesión se dará por perdida para no afectar los turnos subsiguientes.
- **Cancelaciones:** En caso de no poder asistir, el paciente deberá notificar con una antelación mínima de **24 horas hábiles**. De no realizarse el aviso en dicho plazo o ante una inasistencia injustificada, el paciente se compromete a **abonar el valor total de la sesión**, entendiéndose que el espacio profesional fue reservado exclusivamente para él.

## 4. HONORARIOS Y PAGOS

- Los honorarios profesionales se abonarán al finalizar cada encuentro.

- En caso de existir una deuda de una sesión anterior, se deberá regularizar el saldo pendiente junto con los honorarios de la sesión en curso.
- Se solicita comunicar con antelación cualquier inconveniente administrativo o económico para evaluar la continuidad del tratamiento.

## **5. CESE DEL TRATAMIENTO POR INASISTENCIA**

Se deja constancia de que la inasistencia a **dos (2) sesiones consecutivas sin previo aviso** se interpretará como el abandono del tratamiento por parte del paciente. En tal caso, el profesional quedará exento de toda responsabilidad terapéutica y legal respecto al accionar del paciente, dándose por finalizada la relación profesional de forma automática.

## **6. CONFORMIDAD**

Habiendo leído y comprendido los puntos anteriores, firmo el presente documento en señal de conformidad y aceptación de los términos establecidos para el inicio del tratamiento psicoterapéutico.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

---