

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

1. Datos de Identificación

- **Nombre del/de la Paciente:**

- **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **/ CURP / INE:**

- **Nombre del/de la Profesional:**

- **Cédula / Registro Profesional:**

- **Fecha de Emisión:** ____ de _____ de 20____

2. Naturaleza del Servicio Psicológico

Por medio del presente documento, acepto participar voluntariamente en el proceso de evaluación y/o intervención psicológica. Entiendo que el servicio consiste en sesiones individuales/grupales orientadas al abordaje y tratamiento de los motivos de consulta expresados.

- **Modalidad:** Presencial [] / En línea []
- **Frecuencia y Duración:** Las sesiones tendrán una duraciónn aproximada de ____ minutos, con una frecuencia de _____.

3. Confidencialidad y sus Excepciones

Toda la información vertida en el marco de la consulta psicológica (registros, expediente, notas de evolución e información verbal) está protegida por el **secreto profesional** y las leyes vigentes de protección de datos personales.

Sin embargo, reconozco y entiendo que la confidencialidad **podrá romperse únicamente** bajo las siguientes circunstancias excepcionales:

1. Existencia de un riesgo inminente e grave para mi integridad física o la vida de terceros.
2. Revelación o sospecha fundada de abuso, negligencia o maltrato hacia menores de edad, adultos mayores o personas en situación de vulnerabilidad.
3. Requerimiento o mandato judicial debidamente notificado.

En cualquiera de estos casos, el/la profesional notificará a las autoridades correspondientes o a los contactos de emergencia designados, velando siempre por reducir el impacto y proteger la integridad del/de la paciente.

4. Derechos del/de la Paciente

Como usuario/a de los servicios de salud mental, reconozco que poseo los siguientes derechos:

- Recibir un trato digno, ético, respetuoso y libre de discriminación.
- Formular preguntas sobre el diagnóstico, la metodología de trabajo o las técnicas a utilizar.
- Conocer la formación y credenciales del/de la profesional a cargo.
- **Revocar o retirar mi consentimiento** y dar por terminado el proceso en cualquier momento, informándolo previamente al/a la profesional.

5. Responsabilidades y Compromisos

Para optimizar la eficacia del proceso terapéutico, me comprometo a:

- Asistir puntualmente a las citas programadas.
- Notificar las cancelaciones con al menos ____ horas de anticipación.
- Participar de manera honesta y activa durante el proceso.
- Realizar los honorarios correspondientes en la forma y plazos acordados.

6. En Casos de Emergencia

Entiendo que el servicio de consulta psicoterapéutica ordinario no constituye un servicio de urgencias 24/7. En caso de experimentar una crisis fuera del horario de consulta, me comprometo a acudir a un centro hospitalario, comunicarme a las líneas de atención en crisis de mi localidad o contactar a mi red de apoyo.

- **Contacto de Emergencia Designado:**

- **Parentesco:** _____ **Teléfono:** _____

7. Declaración de Consentimiento

He leído (o me ha sido leído) y comprendido en su totalidad el presente documento. Se me han aclarado todas las dudas e inquietudes respecto al tratamiento, sus alcances, límites y políticas del servicio.

Acepto de manera voluntaria, consciente y libre de coacción iniciar el proceso de atención psicológica bajo los términos expresados.

Firma del/de la Paciente *(o Tutor/a Legal si aplica)* Nombre:

Firma del/de la Profesional de la Psicología Cédula / Reg. Prof.:

Rosalba Jara Mendoza

Cedula Prof: 13434143