



No. De registro: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA A DISTANCIA

Acuerdo de servicios psicólogo-paciente

Permítame darle la Bienvenida a mi consulta psicológica. El avance de la tecnología nos permite acercarnos cada vez más, sin perder la calidad de comunicación. En este documento encontrará información importante sobre mis servicios profesionales y las políticas de funcionamiento. Al firmarlo, indica que está de acuerdo con las reglas del trabajo que vamos a realizar en conjunto.

Con mucho gusto, estaré en disposición de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre esto ahora o en el futuro.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS A DISTANCIA

El objetivo es ofrecer un servicio psicológico profesional, cómodo y flexible a través de plataforma Zoom, en tiempo real en el que garantizo la privacidad y confidencialidad del paciente. Cuya finalidad es mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar psicológico del paciente. Por lo tanto, conlleva derechos y responsabilidades por parte de cada uno. Antes de decidir iniciar el proceso, es muy importante que entienda con claridad sus derechos y responsabilidades como paciente. También es importante que conozca y tenga presentes las limitaciones legales de algunos de estos derechos. Por otra parte, Yo, como terapeuta, también tengo responsabilidades hacia usted. En los siguientes párrafos se describen esos derechos y responsabilidades.

La terapia psicológica puede producir una reducción importante de malestar psicológico y emocional, y además ayudar a aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida y en las relaciones interpersonales, así como el nivel de autoconocimiento y consciencia vital. Además, puede ayudarlo a través de herramientas concretas para afrontar nuevas situaciones y tener un mejor manejo de fuentes de tensión o de estrés y generar estrategias efectivas de solución de problemas. Sin embargo, como los resultados de la terapia dependen de varios factores, entre ellos un papel activo de su parte, no es posible garantizar los resultados.

Para lograr aumentar la probabilidad de lograr los resultados esperados, es necesario que siga las indicaciones y practique fuera de las sesiones en el consultorio.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de ofrecerle el tratamiento psicológico que más se adecúe a sus necesidades y objetivos acordados conjuntamente. En ese sentido, mi compromiso es dedicarle el tiempo necesario, el conocimiento profesional actualizado y los esfuerzos que estén dentro de mis posibilidades para lograr los objetivos terapéuticos propuestos.



En el caso de que la intervención requiera ser realizada por profesionales de otras disciplinas diferentes de la psicología o que esté fuera de mis competencias o campo de trabajo, tengo la responsabilidad de darle información sobre otros profesionales que estén en capacidad de aplicar el tratamiento.

CITAS Y SESIONES

Las sesiones por lo general tienen una duración aproximada de 50-55 minutos de duración y en la mayoría de los casos se realizan una vez a la semana. Habrá situaciones especiales, en las que por la naturaleza de la intervención, puede ser necesario programar sesiones de mayor duración, de 90 a 120 minutos, o de mayor frecuencia, en cuyo caso se discutirá y acordará previamente con el consultante.

Para reservar su cita deberá cancelar la cuota asignada antes de la sesión terapéutica, realizando el pago de la sesión (**65 dólares americanos**) vía **Pay Pal** en la cuenta **melimendoza.coach@gmail.com** a nombre de Melissa Mendoza. Al realizarlo enviar al whatsapp o correo una fotografía como comprobante al (502) 58426293 / **melimendoza.coach@gmail.com**. Se respetará la cita asignada, y no se le asignará a ninguna otra persona. En caso de que tenga que cancelarla o reprogramarla, por favor informe con un período de anticipación de por lo menos 48 horas, con el fin de que pueda ser reasignada a otra persona en lista de espera. En caso de no presentarse al video llamada sin cancelar previamente, se hará el cobro completo de la sesión, a menos que se trate de un motivo excepcional o de fuerza mayor. En la medida de lo posible, trataremos de reprogramar la sesión lo más pronto posible. Finalmente, en caso de iniciar tarde, la sesión terminará a la hora acordada previamente.

HONORARIOS PROFESIONALES

La tarifa estándar de la sesión de 50 minutos es de \$65.00. Se espera que el pago por consulta se realice antes de cada sesión, aunque en algunos casos se pueden acordar otras formas de pago de acuerdo a las circunstancias, aunque en ningún caso se puede acumular un valor superior a 3 sesiones. Los pagos se deberán realizar mediante Pay Pal a la cuenta descrita anteriormente.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en el Código Deontológico del Psicólogo, la totalidad de la información, así como los registros e historias clínicas, están cobijadas por el secreto profesional. Por consiguiente, no discutiré ninguna información revelada en consulta con ninguna persona ni entidad. En caso de que, por algún motivo, como interconsulta profesional o informe psicológico solicitado, solamente podré suministrar información específica, previa aprobación escrita del paciente. En este sentido, no podré revelar a nadie que Usted está asistiendo a consulta profesional, y tomo todas las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad del material escrito relacionado, así como de la historia clínica. Sin embargo, la confidencialidad tiene un límite, de acuerdo con lo



señalado en el artículo 2o, numeral 5o de la Ley 1090 de 2006, dentro del cual se estipula que en caso de tener información de intenciones de atentar contra su vida o de hacer daño o atentar contra la vida de otras personas, o si es de nuestro conocimiento una situación de abuso hacia niños o ancianos, tenemos la obligación ética y legal de revelar de inmediato esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo tanto, tengo la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer el límite de confidencialidad.

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Usted tiene el derecho de suspender el tratamiento en el momento en el que desee. Sin embargo, es recomendable que le manifieste su decisión a su terapeuta con el fin de que tenga oportunidad de dar retroalimentación y a escuchar las recomendaciones que le pueda hacer el terapeuta. De la misma forma, como terapeuta puedo decidir suspender el tratamiento si considero que no está siendo benéfico para sus objetivos, o si hay retrasos o cancelaciones reiteradas o si no hay suficiente cumplimiento o adherencia a las recomendaciones terapéuticas. En tales casos, aunque puedo hacer sugerencias de tratamiento alternativo, Usted tiene la responsabilidad de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental.

Al firmar este Consentimiento Informado declara que es mayor de edad y lo hace en su propio nombre.

Datos de contacto: Nombre _____ Tel. _____

Correo electrónico: _____

Firmado Digital a los _____ días del mes de _____ de 2023

Psic. Melissa Mendoza

Paciente
Padres de familia o Encargados