

## **CONTRATO TERAPÉUTICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante el siguiente documento se deja constancia que yo \_\_\_\_\_, inicio un proceso terapéutico con el/la Lic. \_\_\_\_\_ por decisión personal y responsable.

La finalidad del presente contrato es especificar las condiciones generales del funcionamiento del programa clínico que Vd. va a comenzar. En él se detallan, además, una serie de compromisos que deben ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo y según los derechos y obligaciones que establece la ley del Ejercicio Profesional De La Psicología.

### **CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICÓLOGO**

1. El psicólogo se compromete a velar por la adecuación científica y profesional de los programas de tratamiento que se realicen.
2. El programa de intervención se llevará a cabo respetando las normas recogidas en el Código Deontológico de la profesión (Colegio Oficial de Psicólogos). Ello supone, entre otros aspectos, la confidencialidad de los datos obtenidos dentro del mismo. El secreto profesional sólo puede levantarse por una orden judicial, como también al efectuar interconsultas cuando el caso así lo requiera y a recomendar internación cuando la vida del paciente/cliente o terceros corra peligro.
3. El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante, cada sesión individual será de aproximadamente de 50 minutos de duración y de forma presencial u online.
4. Los honorarios de cada sesión se abonarán al terminar cada encuentro. El paciente/cliente debe concurrir a la sesión en el horario acordado, se tendrá una tolerancia de 15 minutos, una vez pasados estos, la sesión se dará por completada.
5. Si la dificultad del problema clínico a tratar requiere un recurso diferente a los que puede ofrecerse, el psicólogo se compromete, si Vd. así lo desea, a informarle sobre otros profesionales o centros (no necesariamente sujetos a este régimen) que se ajusten más a sus características particulares.
6. El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo con la problemática que ha generado la consulta.

### **COMPROMISOS DEL CLIENTE**

1. El cliente/paciente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 24 horas de antelación como mínimo. Si avisa en un periodo inferior, deberá abonar el precio íntegro de la sesión.
2. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin informar de ello, el tratamiento se dará por finalizado y el profesional se encontrará exento de toda responsabilidad terapéutica y legal respecto del paciente/cliente y su accionar.
3. El cliente/paciente se compromete a realizar las tareas clínicas y trabajos personales indicados en cada momento por su terapeuta.
4. En los casos en los que sea necesario por indicación de su terapeuta y previo acuerdo, el cliente/paciente se compromete a facilitar el contacto con cualquier familiar o persona allegada con objeto de mejorar la eficacia de la intervención.

La firma del presente contrato terapéutico supone el consentimiento por todas las partes implicadas para que el programa de tratamiento se desarrolle conforme a las condiciones reseñadas.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

DNI del paciente/cliente: \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE/CLIENTE

TERAPEUTA/PSICÓLOGO

Fdo.

Fdo.

En el caso de que el paciente sea menor de edad el contrato es firmado por sus padres o tutor legal.

Nombre de menor \_\_\_\_\_

Nombre de los padres (o tutor legal) \_\_\_\_\_

Firma de los padres (o tutor legal) \_\_\_\_\_

DNI de los padres (o tutor legal) \_\_\_\_\_