

Consentimiento informado



Datos del paciente o de la paciente:

Sr./Sra. _____, con fecha de nacimiento // / , con domicilio en _____ C / _____ CP _____, con Documento de identidad _____, Telf.: _____, E-mail: _____

Acepto haber recibido toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

Igualmente, he sido informado/a de que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita se recogerán en el fichero de pacientes. Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.

Acepto realizar sesiones no presenciales.

Acepto que la profesional grabe una sesión mediante medios audiovisuales para la supervisión profesional del caso.

AUTORIZO y COMPROMETO, con la Psicóloga Sra. Mercedes González, colegiada núm. 28142 para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Firmado el ____ de _____ de 202_

Firmado paciente
