

DOCUMENTO TIPO DE ACEPTACIÓN DE COMUNICACIÓN CON EL TERAPEUTA A TRAVÉS DE MEDIOS TELEMÁTICOS (WHATSAPP, EMAIL) Y TELEFÓNICOS

[Nombre del Paciente]
[Dirección del Paciente]
[Ciudad, Estado, Código Postal]
[Teléfono del Paciente]
[Correo Electrónico del Paciente]
[Fecha]

[Nombre del Psicoterapeuta]
[Dirección del Psicoterapeuta]
[Ciudad, Estado, Código Postal]
[Teléfono del Psicoterapeuta]
[Correo Electrónico del Psicoterapeuta]

Estimado/a [Nombre del Psicoterapeuta]:

Por medio de la presente, yo, [Nombre del Paciente], doy mi conformidad para establecer comunicaciones a través de los siguientes medios: Whatsapp, correo electrónico y teléfono, con el propósito de mantener contacto durante el proceso terapéutico que llevaré a cabo con mi psicoterapeuta.

Entiendo que el uso de estas formas de comunicación electrónica facilitará la interacción entre nosotros, permitiéndonos abordar temas relevantes para mi tratamiento psicológico de manera más eficiente y oportuna.

Asimismo, reconozco que es importante mantener la confidencialidad y la privacidad de nuestras comunicaciones, y me comprometo a utilizar estos medios de manera responsable y respetuosa.

Acepto que las comunicaciones a través de Whatsapp, correo electrónico y teléfono pueden incluir intercambios de información personal y confidencial relacionada con mi salud mental y emocional, y estoy de acuerdo en que estas comunicaciones sean consideradas como parte integral de mi historial clínico.

Entiendo que el psicoterapeuta hará todo lo posible por garantizar la confidencialidad y seguridad de nuestras comunicaciones electrónicas, pero reconozco que no se puede garantizar la seguridad absoluta de la información transmitida a través de estos medios.

Por lo tanto, con pleno conocimiento de los riesgos y beneficios asociados con el uso de Whatsapp, correo electrónico y teléfono como medios de comunicación durante mi tratamiento psicológico, doy mi conformidad para utilizar estos medios para mantener contacto contigo como mi psicoterapeuta.

Firmado:

[Firma del Paciente]

Nombre del Paciente: [Nombre del Paciente]
Fecha: [Fecha]

Aceptado y Confirmado por:

[Firma del Psicoterapeuta]

Nombre del Psicoterapeuta: [Nombre del Psicoterapeuta]

Fecha: [Fecha]

Este documento es una expresión de mi conformidad voluntaria para establecer comunicaciones a través de los medios mencionados anteriormente durante el curso de mi tratamiento psicológico.

Atentamente,

[Nombre del Paciente]

[Nombre del Psicoterapeuta]

[Título o Profesión del Psicoterapeuta]