

****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MENORES DE EDAD****

Por la presente, nosotros, [Nombre del Progenitor 1] y [Nombre del Progenitor 2], como padres o tutores legales de [Nombre del Menor], damos nuestro consentimiento para que reciba intervención psicológica por parte de [Nombre del Psicoterapeuta], con las siguientes condiciones:

(En el apartado NOMBRE, es importante incluir los números de identificación personal)

- 1. **Costo de la Consulta**:** Reconocemos que el precio de la consulta ha sido previamente comunicado y aceptamos el coste de la misma. Estamos informados de que durante el proceso terapéutico podrían requerirse pruebas complementarias que implicarían costes adicionales, sobre los cuales seremos debidamente informados y requerirá nuestra aprobación previa. El precio acordado por sesión es de [Monto], el cual debe ser abonado en [especificar forma de pago].
- 2. **Confidencialidad Terapeuta-Paciente**:** Afirmamos que toda información compartida durante las sesiones será tratada con estricta confidencialidad, respetando la privacidad de nuestro hijo/a, incluso siendo menor de edad.
- 3. **Excepciones a la Confidencialidad**:** Aceptamos que existen circunstancias excepcionales en las que la confidencialidad puede ser levantada, como en situaciones donde se sospeche que la vida del paciente está en riesgo.
- 4. **Modelos de Intervención Psicológica**:** Comprendemos que el tratamiento puede incluir diferentes modelos de intervención psicológica, tales como el cognitivo conductual, psicodinámico, psicoanálisis y conductismo radical, según lo considere adecuado el terapeuta.
- 5. **Asistencia a las Consultas**:** Nos comprometemos a seguir las pautas acordadas para la asistencia a las consultas. En caso de no poder asistir a una sesión, nos responsabilizamos de notificar al terapeuta con al menos 24 horas de anticipación. De lo contrario, aceptamos la penalización correspondiente al cobro íntegro de la consulta.

Aceptamos que el terapeuta pueda ponerse en contacto con nosotros a través de medios digitales (como Whatsapp o Email) o telefónicos para cuestiones relacionadas con el tratamiento de nuestro hijo/a.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

"El profesional de psicoterapia se compromete a cumplir con las disposiciones del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD), asegurando la

máxima confidencialidad y protección de los datos personales y de salud de los pacientes. Se establece un registro detallado de las actividades de tratamiento de datos, que incluye la identificación del responsable del tratamiento, la finalidad, las categorías de interesados y de datos, los destinatarios, las transferencias internacionales de datos, las medidas de seguridad implementadas y los plazos de conservación. El paciente tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar u oponerse al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos. Cualquier brecha de seguridad será informada de acuerdo con la normativa vigente. Este contrato de aceptación de psicoterapia está sujeto a las leyes mencionadas y a cualquier otra disposición legal aplicable."

Firmado por:

[Nombre del Progenitor 1] _____ Fecha: __/__/____

[Nombre del Progenitor 2] _____ Fecha: __/__/____

[Nombre del Psicoterapeuta] _____ Fecha: __/__/____

Nota: Este esquema es un punto de partida y debe ser adaptado a las necesidades específicas del profesional y los requerimientos legales aplicables. Es importante que un abogado revise cualquier documento legal antes de su uso final.