

CONSENTIMIENTO INFORMADO A ASISTENCIA Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

D./D^a.....con DNI/Pasaporte nº..... con domicilio en.....correo electrónico..... y teléfono de contacto.....; Y D./D^a.....con DNI/Pasaporte nº.....con domicilio en....., correo electrónico....., y teléfono de contacto.....; **AMBOS en el ejercicio conjunto de su patria potestad/tutela y en su condición de padre/madre o tutor/a del/la menor/incapaz** D/D^a.....nacido/a enel.....de.....de.....,con DNI/Pasaporte nº..... y con domicilio en.....

MANIFIESTAN QUE:

En relación con los servicios profesionales de la Psicología:

- 1.- Han recibido del/la Psicólogo/a D/D^{ña}.....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 de servicios profesionales que al mismo ha 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 demás normas de deontología profesional de la Psicología.
- 2.- Han sido informados suficientemente de lo dispuesto en el **art. 156 Código Civil**¹, del alcance de mismo así como de la necesidad de contar con el consentimiento del otro progenitor respecto de la intervención solicitada; eximiendo al psicólogo de cualquier responsabilidad inherente por el expresado motivo.
- 3.- Han sido informado que, conforme a la **Ley de autonomía del paciente (L.41/2002)** el titular del OTORGA-MIENTO DEL CONSENTIMIENTO es el paciente afectado (**art. 2**); si bien se prestará el consentimiento por representación (**art.9.3 c**) “*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.*”
- 4.- Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información suficiente de acuerdo con los **arts.4 y 8 L.41/2002**, OTORGAN EL CONSENTIMIENTO al mismo y COMPROMETEN el encargo profesional con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será el responsable de su prestación conforme a la buena praxis de su profesión. Habiendo sido informados, igualmente, de que el consentimiento prestado PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE y en cualquier momento por el paciente, así como y en iguales términos el profesional podrá decidir resolver la relación con el paciente y cesar el tratamiento y/o la intervención desarrollada hasta la fecha.
- 5.- Han sido debidamente informados de que el Psicólogo/a está obligado a revelar a las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran generar un riesgo grave para el paciente, terceras personas o bien porque así le sea ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el Psicólogo/a estará obligado/a a proporcionar solo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

¹ “La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad penal o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de este para la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente.

Lo anterior será igualmente aplicable, aunque no se haya interpuesto denuncia previa, cuando la mujer esté recibiendo asistencia en un servicio especializado de violencia de género, siempre que medie informe emitido por dicho servicio que acredite dicha situación. Si la asistencia hubiera de prestarse a los hijos e hijas mayores de dieciséis años se precisará en todo caso el consentimiento expreso de estos.

En caso de que conste desacuerdo en el ejercicio de la patria potestad, cualquiera de los dos podrá acudir a la autoridad judicial, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá la facultad de decidir a uno de los dos progenitores. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuir la total o parcialmente a uno de los progenitores o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años. En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

En defecto o por ausencia o imposibilidad de uno de los progenitores, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.

Si los progenitores viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva (salvo que sentencia judicial establezca otra solución). Sin embargo, la autoridad judicial, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre ambos las funciones inherentes a su ejercicio”.

En relación con el encargo profesional.-

1.- Han recibido información suficiente para conocer que el tratamiento se llevará a cabo con la periodicidad indicada por el profesional tratante conforme a la patología del paciente. Las consultas, con carácter general, tienen una duración promedio deminutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso. El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

2.- Que, conforme a las previsiones de la **Ley de autonomía del paciente (L.41/2002)** y resultando que a partir de los 12 años el paciente ha de ser oído e informado sobre la asistencia y tratamiento psicológicos a recibir, se ha constatado que el menor ha comprendido el alcance de éstos y no ha rechazado los mismos.

En relación con el tratamiento de datos personales del paciente.-

1.- El profesional solo solicitará aquellos datos personales estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

2.- Igualmente, ha sido informado/a de:

2.1./ Que en aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), SE INFORMA que (i), los datos de carácter personal solicitados y facilitados son incorporados un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es **D/Dña.....**(ii) Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios sanitarios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos; así como para la facturación, seguimientos posteriores y funciones propias de la intervención profesional. (iii) Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad del profesional sanitario, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto serán cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.

2.2./ Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, en su dirección de correo electrónico o dirección postal.....

2.3/ Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración cuanto queda expuesto, por el presente documento, expresamente **AUTORIZA y COMPROMETE**, con el/la Psicólogo/a D./D^a.....para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice la asistencia, intervención y/o tratamiento psicológico conforme a la praxis profesional, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial por vía electrónica SI ☐ NO ☐

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.- Por el paciente (progenitores/tutores)

D./Dña.....

D./Dña.....

El/La Psicólogo/a Colegiado.....

D./Dña.....