

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D./Dña _____

mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____

DP _____ con NIF _____, padre del/la menor _____

Y Dña _____

mayor de edad, con domicilio en _____ C/ _____

DP _____ con NIF _____, madre del/la citado/a menor

MANIFIESTAN

Que consienten en la participación en el **tratamiento psicológico** de su hijo/hija de _____ años de edad¹, llevado a cabo por D./ Dña psicólogo/psicóloga colegiado/a _____

Que hemos sido informados de que la información aportada al psicólogo/psicóloga durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que hemos sido informados que el/la psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.²

Que hemos sido informados y consentimos en que nuestro hijo/hija asista a _____ sesión/sesiones semanales de _____ minutos de duración. Los honorarios por cada una de estas sesiones serán de _____ euros que serán abonados al comienzo/final de cada sesión³. En el caso de no ser posible la asistencia a alguna, lo comunicaremos con al menos 24 horas de antelación. En caso contrario seremos financieramente responsables de esa sesión perdida, a menos que se trate de un accidente o enfermedad imprevista, debiendo abonar los honorarios correspondientes al comienzo de la siguiente sesión.

¹ A partir de los doce años habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento.

² Los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el terapeuta, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y terapeuta)

³ Estas condiciones (número de sesiones requeridas y honorarios) serán renegociadas cada _____ meses, según la evolución de la terapia

.En el caso de que el/la psicólogo/psicóloga lo estime necesario, consentimos/no consentimos en que se registre la sesión mediante medios audio-visuales para su revisión personal.

En _____, a ____ de _____ de 200____

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del menor

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Firma de la terapeuta

Nombre:
Colegiado nº