



### ***CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO***

Consultorio Psicológico LB, en adelante las profesionistas y/o psicólogas, tienen el compromiso de actuar conforme a los principios de Derechos Humanos para el tratamiento de sus datos personales. La seguridad, el bienestar y el respeto de los pacientes y colaboradores, siempre han sido su prioridad.

Para asegurar la confidencialidad y debida protección de la información personal que es confiada a las profesionistas, se hace de su conocimiento el “Aviso de privacidad al público en general”, por medio del cual se les brinda seguridad, tranquilidad y privacidad a sus datos personales.

#### **AVISO DE PRIVACIDAD, FINALIDADES DE USO DE LOS DATOS PERSONALES DEL PÚBLICO EN GENERAL:**

- Los datos personales se utilizarán para las siguientes finalidades:
- Finalidades Primarias,
- Hacer de su conocimiento los servicios que prestó;
- Para cumplir con todas las obligaciones derivadas de nuestra relación;
- Para conocer cuál es el tratamiento indicado para cada paciente;
- Para brindar una debida asesoría psicológica en el tratamiento de cada paciente;
- Conocer la historia clínica del paciente;
- Para realizar un diagnóstico adecuado;
- Reducir al máximo los riesgos de un tratamiento que no sea el adecuado para la situación específica de cada paciente, ya que cada persona es única y requiere de atención especializada y sobre todo enfocada a sus necesidades;
- Dar seguimiento a los pacientes;

Consultorio Psicológico  
Acapulco Blvd. Vicente Guerrero  
No. 38 Col. Libertadores C:P 39300  
Cel: 744.-158-1606



- Contactar a sus familiares en caso estrictamente necesario;
- Finalidades secundarias
  - Evaluar la calidad del servicio.
  - Elaboración de estadísticas.
  - Difusión de nuevos servicios
  - Difusión de temas que pudieren ser de su interés.
  - Mantenernos en contacto con los pacientes atendidos.

>>LA PSICOLOGA, se comprometen al manejo profesional y discrecional de los datos que le son proporcionados, pues están convencidas que dichos datos son dados con la plena confianza de que nunca serán utilizados para otro fin que no sea dar asistencia médica y terapia a las personas que han solicitado los servicios confiados en su capacidad y profesionalismo. Se aplican instrumentos de evaluación a los niños que tienen como intención el análisis clínico, y que no pueden ser proporcionadas a los padres por afectar directamente la validez del estudio y por invalidar en forma automática los futuros resultados, el diagnóstico del menor y sus futuras aplicaciones por otros especialistas.

#### **4. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL.**

Las profesionistas se comprometen a que sus datos personales serán recabados, tratados y guardados, conforme a las medidas de seguridad y de privacidad establecidas en ley. Así que cuando se necesite transferir sus datos personales y datos personales sensibles para el cumplimiento de obligaciones, se le asegura que el tercero ha leído el presente aviso de privacidad y actúan conformemente a las finalidades y obligaciones establecidas en dicho aviso.

Para agendar su cita es necesario realizar un depósito de \$200, el cuál es reembolsable al tratamiento psicológico que solicito.

El depósito o anticipo es un acto de compromiso, que tú como PACIENTE aseguras que asistirás en tiempo y forma a tu cita.

Consultorio Psicológico  
Acapulco Blvd. Vicente Guerrero  
No. 38 Col. Libertadores C:P 39300  
Cel: 744.-158-1606



Te compartiré los días y horarios disponibles.

**LOS DEPOSITOS SE RESPETARÁN SI AVISAS CON 1 O 2 DÍAS DE ANTICIPACIÓN, NO ES EL MISMO DÍA.**

**7. LOS CAMBIOS AL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD.**

La psicóloga se reservan el derecho de modificar, cambiar o actualizar el presente aviso de privacidad en casos de nuevos requerimientos legales, de sus propias necesidades por los productos o servicios que ofrece, de sus prácticas de privacidad; y, sobre todo, para brindarles mayor certeza y seguridad en el tratamiento de sus datos personales, o por otras causas que así lo ameriten.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_

Firma del paciente

Firma psicóloga

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: