



ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

Padre del Menor _____

Mayor de edad, con domicilio en _____ -

Col _____ Cd. _____ CP _____

Madre del Menor. _____

Mayor de edad, con domicilio en _____

Col. _____ Cd. _____ CP _____

MANIFIESTAN

Que consentimos en la participación en el tratamiento psicológico de nuestro@
hij@ _____ de _____ años de
edad, llevado a cabo por la Psicóloga

Que hemos sido informados que la información aportada a la 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 revelar ante las instancias pertinentes 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, ella psicólogo/psicóloga estará obligado/a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

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



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 psicóloga.

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 _____ pesos que serán abonados al comienzo/final de cada sesión. 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. _____ 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. 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 la psicóloga, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y la psicóloga). 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 audiovisuales para su revisión personal.

En _____, a ____ de _____ del 202__

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del menor

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Firma Psicóloga
