

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

D/Dña _____, con fecha de nacimiento _____, con domicilio en _____ y NIF/NIE _____.

LIBREMENTE MANIFIESTA

1.-Que tengo conocimiento del artículo 25 del Código Deontológico del Ilustre Colegio de Psicólogos que textualmente indica: *“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”*.

2.- Estoy informado(a) de que todas las sesiones serán confidenciales, salvo en los casos previstos por la ley, tales como el riesgo para la integridad del paciente u otras personas.

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZA

Recibir atención e intervención psicológica brindada por la psicóloga CARLA SANTANA FELIPE, con número de colegiado P-02967, en el centro BENSENY, ubicado en Plaza Sta Isabel, 8, Vegueta, Las Palmas de Gran Canaria.

Asimismo, doy mi consentimiento para que se realicen las evaluaciones, intervenciones y procedimientos que el/la psicólogo(a) considere pertinentes en beneficio del paciente, y estoy disponible para cualquier consulta o participación requerida durante el proceso terapéutico.

Datos de contacto:

- Teléfono:

- Correo electrónico:

Fecha:

Firma del paciente:

Firma del psicólogo(a):