

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. TERAPIA DE PAREJA

Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y supone un acuerdo respecto al funcionamiento de nuestra relación profesional. Es importante que sea leído con atención antes de la próxima sesión.

Consentimiento informado del tratamiento:

Durante unas 2 – 4 primeras sesiones se va a realizar una evaluación de sus necesidades. Mediante esta evaluación, se les ofrecerá unas primeras impresiones sobre su consulta y un plan de tratamiento a seguir. El/la consultante debe participar activamente en este proceso proporcionando la información relevante que se le solicite.

La terapia implica un profundo compromiso de tiempo y dedicación de recursos, por tanto, si ustedes tienen dudas acerca de los procedimientos, debemos hablar de esto con claridad. No duden en preguntar. Como en cualquier clase de atención sanitaria, usted tiene derecho a una segunda opinión y puede obtenerla en el momento que lo desee.

Tanto el cliente como el terapeuta tienen el derecho de suspender el proceso de terapia en cualquier momento, avisando con antelación adecuada esta decisión. Se recomienda ampliamente que hable con el terapeuta y exponga sus motivos antes de tomar la decisión de terminar la terapia.

Cancelaciones y retrasos:

Para cada sesión de evaluación o de tratamiento, el terapeuta les reservará un tiempo específico para usted. Sabemos que su tiempo es valioso, y asumimos que usted valora el nuestro igualmente. Por tanto, en caso de cancelar una sesión, es imprescindible que se avise con una antelación mínima de 24 horas, para poder organizar la agenda adecuadamente. En caso de anular una sesión con menos de 24 horas de antelación, se abonará el 100% de la misma.

Excepciones a esta norma:

Circunstancias especiales, emergencias o sucesos de fuerza mayor que se comunicarán inmediatamente que sea posible al centro. La duración de las sesiones será de 50-60 minutos aproximadamente. En los casos en que los usuarios lleguen con retraso a sus sesiones, la duración de la misma no se extenderá más allá de la hora de terminación prefijada.

Protección de datos:

Así mismo, en cumplimiento de las normativas de protección de datos, facilitamos la Información Básica de Protección de Datos:

- **RESPONSABLE:** Adrián Penedo Parada, titular de PARADA PSICOLOGÍA.
- **FINALIDAD:** Realizar el tratamiento psicológico, gestionar la relación con el/la paciente y realizar las tareas administrativas derivadas de la misma. Según sus autorizaciones: enviarle información incluso comercial.
- **LEGITIMACIÓN:** Cumplimiento de obligaciones contractuales; consentimiento del Interesado.
- **DESTINATARIOS:** No se realizarán cesiones de datos, salvo por obligación legal o contractual. Se realizará la transferencia internacional de los datos por el uso de herramientas como Drive, Meets, Teams, Stripe o WhatsApp.
- **DERECHOS:** Acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en: <https://paradapsicologia.com/centro-de-privacidad/politica-de-privacidad/>

Referencias Legales

Para todo aquello que no esté consignado en el presente acuerdo, se tomará como referencia legal lo estipulado en el Código Deontológico del Psicólogo, y en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Recibo de Políticas de Privacidad) | Límites de la Confidencialidad | Documento Informativo

Nuestra firma en esta sección indica que hemos leído, entendido, aceptado y recibido copia de los documentos antes indicados. Asimismo, hemos tenido la oportunidad de preguntar al profesional de Parada Psicología las dudas con respecto de los mismos.

Asimismo, mediante nuestra firma expresamos nuestra conformidad para el tratamiento de nuestros datos personales en los términos indicados en la infor-

mación de protección de datos facilitada y conforme a las autorizaciones y preferencias aquí expresadas.

Cliente:

DNI:

Firma:

Cliente:

DNI:

Firma:

AUTORIZACIONES Y PREFERENCIAS:

Puede autorizar o no el tratamiento señalando con una «x» en la casilla correspondiente para los siguientes tratamientos:

- Sí No - Acepto la recepción de comunicaciones informativas y comerciales a través de medios electrónicos.
- Sí No - Acepto recibir comunicaciones informativas vía SMS y WhatsApp (y similares) con la finalidad de agilizar la gestión de los servicios contratados.
- Sí No - Acepto el uso de plataformas como Meet, Teams o Skype para mi relación con PARADA PSICOLOGÍA (incluso la realización de las terapias).
- Sí No - En el caso de que el/la psicólogo lo estime necesario, consentimos que se registre la sesión mediante medios audio-visuales para su revisión personal.

PROFESIONAL

NOMBRE:

COLEGIADO:

NIF:

Fecha: