

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto mi aceptación al servicio psicológico ofrecido por el doctor Juan Camilo Mantilla y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me han sido aclaradas por el doctor.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento y mi situación personal sean discutidas con otros profesionales competentes si así lo considera el doctor Mantilla, con el fin de ofrecerme un tratamiento interdisciplinario si se hace necesario. Por esta razón, autorizo al doctor para que consulte mi caso con otros profesionales o terceros expertos, o que me remita a consulta con un especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo que toda información concerniente a la evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video, sesiones de cámara de Gesell o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgados ni entregados a ninguna institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por el doctor Mantilla en concepto verbal o escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

Entiendo y acepto que el tratamiento que me brindan es llevado a cabo con base en modelos psicológicos alternativos idóneos y efectivos y al modelo empírico analítico, el cual cuenta con amplia aceptación en la comunidad científica, de acuerdo con el criterio que el doctor tenga con respecto al mejor tratamiento para llevar mi caso, atendiendo al mejor esfuerzo del doctor y al ser consciente de que en unos casos, dichos modelos funcionan mejor que en otros. La decisión se tomará con base a una profunda evaluación y una vez analizadas mis preferencias, creencias y mis variables sintomáticas, socioculturales, conductuales, emotivas y cognitivas. Adicionalmente, reconozco que la información que brindo es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

Comprendo que la duración de mi tratamiento depende de la severidad de mi caso y que el número de sesiones por semana podrá variar de acuerdo con el criterio del doctor y de los acuerdos a los que lleguemos durante las mismas. Durante las primeras sesiones se hará énfasis en la evaluación de mi caso y se me informará de cómo se me podrá ayudar. Si por alguna razón el doctor no puede atender mi caso u ofrecer el tipo de servicio que requiero, seré remitido(a) a la entidad o al profesional apropiado.

Por solicitud mía y accediendo a las facilidades ofrecidas por el doctor, las sesiones se realizarán por internet, a través de una plataforma de comunicación interactiva que permita el intercambio de video, imágenes y voz en tiempo real, la cual será escogida de común acuerdo con el doctor. Me comprometo a cumplir con los requerimientos técnicos para llevar a cabo las sesiones y soy consciente de que en ocasiones se pueden presentar inconvenientes en la velocidad y en la transmisión de datos, video o audio, lo cual estoy dispuesto a asumir, reconociendo el esfuerzo del doctor por ofrecer un servicio de calidad, que me brinda la posibilidad de recibir ayuda psicológica.

También conozco que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por mí. El proceso terapéutico requiere de mi compromiso en aspectos tales como asistencia, puntualidad y participación y además de colaboración en diligenciar una serie de documentos, pruebas psicométricas y/o proyectivas, con información personal que será utilizada para la evaluación y el tratamiento.

Soy consciente que en caso de no poder cumplir con una sesión online programada previamente, es mi deber cancelar con 3 horas de anticipación, para evitar el pago de la tarifa plena de la misma y de esta manera poder programar una nueva sesión.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

CC: _____