

Consentimiento Informado

Yo, _____, que me identifico con CURP _____ declaro que he recibido información clara y suficiente sobre el proceso terapéutico que iniciaré con la psicóloga Daniela Reza Garduño Rojo, y que, habiendo comprendido dicha información, otorgo mi consentimiento libre, voluntario e informado para participar en él.

1. NATURALEZA DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Entiendo que la psicoterapia es un proceso de acompañamiento orientado al bienestar emocional, psicológico y mental. El proceso implica explorar pensamientos, emociones, experiencias y patrones de conducta con el objetivo de generar cambios significativos en mi vida.

Entiendo que la psicoterapia no sustituye la atención psiquiátrica, médica o de urgencias. En caso de requerir atención de otro tipo, la terapeuta podrá orientarme hacia los recursos adecuados.

2. ENCUADRE TERAPÉUTICO

Entiendo que en sesión acordaré en conjunto con la terapeuta las condiciones del proceso respecto a:

- Modalidad de las sesiones
- Frecuencia de las sesiones
- Horario de las sesiones

Conozco y acepto la política de cancelación: debo avisar con al menos 24 horas de anticipación. En caso de cancelación tardía, deberé cubrir el costo de la sesión.

Entiendo que las sesiones terminan a la hora acordada independientemente de mi hora de llegada.

Entiendo que el encuadre puede revisarse y ajustarse de mutuo acuerdo con la terapeuta a lo largo del proceso.

3. CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que todo lo que comparta en el espacio terapéutico es estrictamente confidencial. Sé que la confidencialidad solo puede romperse en los siguientes casos:

- Cuando exista un riesgo inminente para mi vida o la de terceros.
 - Cuando lo requiera una autoridad legal competente.
 - Cuando yo otorgue mi consentimiento expreso.
-

4. SITUACIONES DE CRISIS

En caso de que durante el proceso terapéutico surja una situación de crisis o de riesgo para mi vida o la de terceros, es importante que yo (o mis familiares):

- Contacte(n) a mi red de apoyo identificada (contactos de emergencia y red de apoyo como familiares o personas responsables) como primera línea.
- Contacte(n) a servicios de emergencia o servicios médicos en caso de requerirlo, como segunda línea.
- Contacte(n) a la terapeuta como última línea de intervención. La terapia no sustituye la atención médica, psiquiátrica y de urgencias.

Entiendo que la terapeuta no está disponible para atención de crisis las 24 horas.

Entiendo que en caso de emergencia, contactaré a los servicios correspondientes o a una persona de confianza.

Línea de la Vida (CDMX): 800 290 0024 — disponible las 24 horas.

5. POSIBLES BENEFICIOS Y RIESGOS

Entiendo que la psicoterapia puede generar beneficios significativos como mayor autoconocimiento, mejor manejo emocional, mejora en relaciones interpersonales y bienestar general. También comprendo que el proceso puede implicar momentos de incomodidad emocional, ya que explorar situaciones difíciles puede generar malestar temporal antes de generar cambio.

6. VOLUNTARIEDAD Y DERECHO A TERMINAR EL PROCESO

Entiendo que mi participación en el proceso terapéutico es completamente voluntaria. Puedo terminar el proceso en el momento que lo decida, idealmente comunicando esta decisión a la terapeuta para realizar un cierre adecuado.

7. SUPERVISIÓN CLÍNICA

La terapeuta cuenta con espacios regulares de supervisión clínica con otros/as/es profesional de la salud mental. En dichos espacios puede compartirse información del proceso de forma anónima, con el único fin de mejorar la calidad de la atención. En ningún caso se compartirán datos que permitan mi identificación.

8. GRABACIONES DE SESIONES

Las sesiones no serán grabadas sin mi consentimiento explícito y previo. En caso de que la terapeuta requiera grabar alguna sesión para fines de supervisión, me lo comunicará con anticipación y deberá contar con mi autorización por escrito.

9. Sesiones en línea (cuando aplique)

En caso de sesiones en modalidad virtual, entiendo que:

- Es mi responsabilidad contar con un espacio privado y sin interrupciones durante la sesión.
 - Queda prohibido grabar la sesión por mi parte sin consentimiento de la terapeuta.
 - En el caso de sesiones sueltas en modalidad en línea, ante la presencia de fallas técnicas se intentará continuar la sesión vía telefónica. Si la falla técnica es atribuible a la terapeuta, la sesión podrá reagendarse sin costo adicional; si la falla es atribuible a la persona consultante, la sesión podrá reagendarse cubriendo una cuota adicional de \$300.00 MXN (en lugar de pagar la sesión completa)
-

10. ATENCIÓN A MENORES DE EDAD (CUANDO APLIQUE)

En caso de que el/la/le consultante sea menor de edad, el/la/le tutor/a/e legal otorgará el consentimiento y será corresponsable del proceso. La terapeuta mantendrá la confidencialidad con el/la/le menor en los temas que considere pertinentes para el proceso terapéutico, salvo en situaciones de riesgo

11. FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Al firmar este documento, declaro que he leído, comprendido y aceptado los términos descritos anteriormente.

Nombre completo del consultante,
firma y fecha dd/mm/aaaa

Nombre completo del tutor del
consultante, firma y fecha dd/mm/aaaa
(En caso de requerirse)

Nombre completo de la terapeuta,
firma y fecha dd/mm/aaaa