

Consentimiento informado.

1. Identidad digital.

Este formulario es para documentar que yo he sido informado/a, comprendo, autorizo y doy mi consentimiento a Javier Agüera Hernández, quien es Psicólogo habilitado para la prestación de consulta psicológica, evaluación y tratamiento.

1. Datos cliente.

Yo,, actualmente resido en

me comprometo a mantener actualizados mis datos. En caso de cambio de lugar desde donde realiza una sesión (por cambios de residencia, viaje, vacaciones, etc), lo comunicaré por el medio establecido.

2. Datos del profesional.

Entiendo que Javier Agüera Hernández, es responsable de todos los aspectos de los servicios psicológicos. Que está registrado en el Colegio profesional de Psicólogos de Madrid, con el número de colegiado M-35442 y cuenta con la capacitación necesaria para brindar servicios psicológicos mediante los títulos de:

- Grado en Psicología.
- Habilitación como Mediador Judicial.
- Máster en Psicología General Sanitaria.

Protocolo de contacto:

Si deseo contactar, puedo hacerlo por whatsapp o llamando al número de teléfono: (+34) 611 616 636 o al correo electrónico: canalneuroentropia@gmail.com En los horarios de 17:00 a 20:00 de los días laborales.

2. Servicios comprendidos en la atención.

• Servicios psicológicos prestados.

Entiendo que en la primera sesión se me explicará en qué consiste el enfoque de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual y ámbitos susceptibles de ser trabajados en terapia. Entiendo que la terapia no es como una visita al médico. Que para que sea exitosa, trabajaré en los aspectos acordados en cada sesión y entre sesiones con mi terapeuta.

Comprendo que la terapia implica discutir aspectos de mi vida y hacer cambios en mis creencias o comportamientos y que puedo experimentar sentimientos incómodos y cambios en mis relaciones. Comprendo que la terapia puede tener beneficios y riesgos. Entiendo que no hay garantías absolutas en la psicoterapia.

Tengo derecho a hacer preguntas sobre cualquier cosa que suceda en la terapia. Tengo derecho a rechazar cualquier cosa que sugiera mi terapeuta. Puedo pedirle a mi terapeuta que pruebe algo que creo que podría ser útil. Soy libre de dejar la terapia en cualquier momento y de retirar mi consentimiento. Entiendo que a veces no será fácil para mí asistir o conectarme a una sesión, y puede darse el caso de cancelar una sesión, aunque pueda asistir. Entendiendo que es parte del proceso de terapia, consiento en llevar a cabo con mi terapeuta las pautas que se establezcan y cumplir los acuerdos establecidos.

3. Limitaciones.

- **Limitaciones de la psicoterapia en línea.**

Entiendo que la orientación a distancia, si se diese, es una experiencia diferente en comparación con las “sesiones presenciales”, entre las que se destacan la pérdida de algunas señales visuales, comportamientos corporales no verbales y de audio en el proceso de terapia.

Comprendo que es una intervención que no es un sustituto de la medicación y no es apropiada si estoy experimentando una crisis o tengo pensamientos suicidas u homicidas. En la primera sesión mi terapeuta establecerá si mi solicitud es apta para el servicio profesional que puede abordar, indicándome el enfoque y herramientas a su disposición.

Tengo presente que las sesiones virtuales dependen de la conectividad, que interviene tanto el equipo desde el cual me conecto así como la compañía que me provee de internet. Si en las sesiones se dan interferencias o cortes, de manera transitoria o continua que impidan la sesión, que se deban a mi conexión deberán ser solucionadas por mi proveedor de servicios y/o mi equipo. Toda incidencia no atribuible al equipo y servicios de mi terapeuta no podrá ser su responsabilidad y por lo tanto la sesión, salvo acuerdo entre partes, se daría por realizada o pospondría según se establezca entre ambos. Al aceptar y solicitar sesiones online soy consciente de esta realidad, mediada por la tecnología y el acceso a una conexión segura.

- **Procedimiento en fallas tecnológicas.**

Entiendo que la conexión a internet puede verse interrumpida, tanto en el profesional como en mi caso. Esta circunstancia estará protocolizada. Podrán darse dos escenarios, principalmente:

- La conexión sufre interrupciones o no resulta fluida, por lo cual se acordará mantener la sesión o re-agendarla a fin de tener una óptima comunicación.
- La conexión se corta y no es posible retomarla. Se contactará por otro medio, audio o texto, a fin de notificar que no es posible llevar a cabo la sesión y proceder a re-agendarla.

El cobro del servicio cuando la comunicación no es fluida o se interrumpe, en caso de ser mi responsabilidad, debe estar claro en el acuerdo inicial sobre qué circunstancias se consideran de cobro. Si es problema del profesional no se procederá al cobro.

- **Emergencias.**

Entiendo que la psicoterapia online no es, ni cubre, servicios de emergencia. En el caso de una emergencia, debo marcar el número de emergencia en mi zona, contactar a una unidad móvil de crisis, llamar a mi centro de salud mental, contactar con mi médico de familia o ir al servicio de urgencias de cualquier hospital.

4. Pautas remuneración – Cobro servicios.

- **Pago por servicios.**

Estoy informado de que la tarifa de la terapia será de 50€ por sesión tanto para la primera sesión como siguientes. Entiendo que las tarifas pueden variar según el tiempo y la naturaleza del servicio involucrado y que deben ser comprensibles en todo momento y se me deberá advertir de cualquier cambio.

Entiendo que en la primera sesión se me informará del precio del servicio, número de sesiones estimadas y ante cualquier cambio en la tarifa se realizará un acuerdo firmado.

Entiendo que los pagos de los servicios de psicología en línea se procesan el día de mi cita utilizando la información de la tarjeta de crédito, o medio de pago que proporcione al momento de la admisión. De esta manera, la terapia se convierte en un gasto presupuestado naturalmente.

El medio de pago online será por ingreso en cuenta bancaria.

- **Documentación de diagnóstico, pronóstico, estado de salud o discapacidad.**

Entiendo que si necesito documentación (es decir, carta, informe o formulario completado) para mis registros o para cualquier tercera parte que ofrezca una opinión, pronóstico o diagnóstico de mi afección, tendré que reunirme con mi terapeuta y pagar la tarifa que está asociada con esta consulta.

- **Citas canceladas y no realizadas.**

Me comprometo a maximizar la efectividad de los servicios psicológicos, haré de la terapia una alta prioridad y no cancelaré las sesiones, excepto en casos de emergencia. Si cancelo con menos de 24 horas de anticipación o me pierdo una sesión programada, se me cobrará la mitad de la tarifa normal por esa sesión. Si conecto tarde a una sesión, entiendo que utilizaré el tiempo restante en la sesión programada y se me cobrará la tarifa completa por esa sesión.

5. Privacidad.

- **Privacidad de la información personal.**

Se me ha informado de que los datos relacionados con mi atención psicológica siguen el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.).

Entiendo que solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios sanitarios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.

Estoy advertido de que podrán recogerse datos biomédicos de forma telemática a través de tecnologías digitales tales como: temperatura corporal, calidad del sueño, peso corporal u otros.

- **Política comunicación. Llamadas telefónicas, correo electrónico y otros sistemas de comunicación.**

Comprendo que las comunicaciones se llevarán a cabo mediante:

- Llamadas telefónicas. El terapeuta guardará mi nombre y número en su teléfono profesional. Si llamo tendré en cuenta que a menos que ambos estemos en teléfonos fijos, la conversación no es confidencial.
- Correo electrónico. Si decido comunicarme por correo electrónico con mi terapeuta por este medio, definido bajo acuerdo, se me dará respuesta limitando la información enviada por correo electrónico a aspectos no relacionados con mis datos personales y aspectos clínicos que deban mantenerse confidenciales.
- Skype, Whatsapp, Telegram o similares. Entiendo que soy responsable de salvaguardar cualquier comunicación electrónica que descargue, imprima o acceda y que no reenviaré, daré, o copiaré (total o parcialmente) mensajes de correo o comunicaciones electrónicas de mi terapeuta a ninguna otra persona, excepto con el acuerdo previo por escrito de mi terapeuta.

Entiendo que el correo electrónico, o mensajería de uso personal electrónica (WhatsApp, Facebook, hangout, Instagram, Skype, etc.) no es 100% segura.

- **Historia clínica**

Entiendo que mi terapeuta recopilará información personal sobre mí en la historia clínica, y relacionada con terceras personas si es el caso del tipo de atención. La información se

guardará en:

- En un ordenador con contraseña y encriptación de seguridad.
- Impresos y guardados bajo llave.

Entiendo que tengo el derecho de revisar y el derecho a una copia de mi información personal. Además podré rectificar cualquier dato de mi historial. Mi terapeuta conservará la documentación en un lugar seguro durante un mínimo de 5 años después de la última fecha de contacto.

Entiendo que también pueden tener acceso limitado a mi información personal de salud algunas empresas externas. Estas pueden incluir consultores informáticos, de seguridad y mantenimiento de oficinas, contables, abogados, trabajadores temporales para cubrir vacaciones y administración de oficinas, compañías de tarjetas de crédito, proveedores de soluciones de gestión de práctica, proveedores de tecnología en la nube como fax, internet, correo electrónico y alojamiento web, y limpiadores. El acceso a cualquier información personal se otorgará por mi terapeuta solo según sea necesario, regido por los principios de privacidad apropiados.

6. Confidencialidad.

Entiendo que la confidencialidad se respetará en todo momento. Ninguna información será comunicada, directa o indirectamente, a un tercero sin mi consentimiento informado y por escrito, a menos que lo exija la ley.

Comprendo que la confidencialidad de la psicología en línea no se puede garantizar de la misma manera que la confidencialidad de las sesiones en persona (por ejemplo, alguien podría escuchar mi conversación, etc.).

Entiendo que en el caso de los menores de edad, los padres deben autorizar que sus hijos reciban el servicio de teleorientación y tienen derecho a obtener información, ante lo cual, si es estrictamente necesario, será compartida bajo límites éticos y con absoluto manejo profesional.

Acepto trabajar con mi terapeuta en línea usando Skype, Whatsapp u otro servicio encriptado que se considere adecuado. Acepto que las sesiones virtuales se llevarán a cabo en un entorno de privacidad en la que, salvo acuerdo, no habrá terceras personas participantes.

- Excepciones.

Entiendo que las excepciones a la confidencialidad incluyen las obligaciones legales y/o éticas de mi terapeuta para:

- Informar a una posible víctima de violencia sobre la intención de dañarla por mi parte.
- Informar a un familiar apropiado, profesional de la salud o policía, si es necesario, de la intención de acabar con mi vida.
- Liberar mi historial si hay una orden judicial que le obligue a hacerlo.
- Informar a la autoridad pertinente si hay sospechas de que un niño está en riesgo o necesita protección debido a negligencia o abuso físico, sexual o emocional por mi parte.
- Informar a un profesional de la salud que ha abusado sexualmente de mí.
- Compartir información con el Colegio profesional para fines de supervisión o auditoría.
- En el caso de la orientación familiar, cuando se realiza una sesión sin la presencia de todos los miembros de la familia, la información compartida en esa sesión no se mantendrá como confidencial cuando se reanuden las sesiones familiares.

Consentimiento para uso de datos con fines académicos (marcar con una cruz)	Sí	No
Estoy de acuerdo en que se usen mis datos de forma anónima con fines de investigación		
Estoy de acuerdo en que se usen mis datos de forma anónima con fines docentes		

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA: