

KIT DE GESTIÓN DE CONSULTA · 02

Consentimiento informado

Léelo con calma. Puedes preguntar cualquier duda antes de firmar y retirar tu consentimiento cuando quieras.

1. DATOS

Profesional	[Nombre y apellidos], Psicólogo/a General Sanitario/a, colegiado/a n.º [N.º colegiado] del [Colegio Oficial de la Psicología de ...]
Centro	[Nombre del centro] · Registro sanitario n.º [Registro] · [Dirección]
Paciente	
DNI / NIE del paciente	

2. EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN

La intervención psicológica comprende la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las dificultades por las que consultas, con técnicas basadas en la evidencia científica. Su duración depende de cada caso y se revisará periódicamente contigo.

Tipo de intervención	☐ Evaluación ☐ Tratamiento ☐ Evaluación neuropsicológica ☐ Terapia de pareja ☐ Otra: []
Modalidad	☐ Presencial ☐ Online (videollamada) ☐ A domicilio
Frecuencia y duración de las sesiones	[Semanal / quincenal] · [50-60] minutos
Honorarios	Según la política de honorarios y cancelación entregada junto a este documento.

Beneficios esperables: alivio de los síntomas, mejor comprensión del problema y nuevas herramientas para afrontarlo. Posibles molestias: hablar de temas dolorosos puede generar malestar pasajero, que forma parte del proceso y se trabajará en sesión. No es posible garantizar resultados concretos.

3. CONFIDENCIALIDAD Y SUS LÍMITES

Todo lo que compartas está protegido por el secreto profesional y el Código Deontológico de la Psicología. La información solo se comunicará a terceros con tu autorización expresa, salvo en estos casos:

- Riesgo grave e inminente para tu vida o la de otras personas.
- Requerimiento judicial o legal.
- Sospecha de maltrato o desprotección de un menor u otra persona vulnerable.

Las sesiones no se grabarán sin tu consentimiento previo y por escrito.

4. SESIONES ONLINE (SOLO SI APLICA)

- Se realizan mediante [nombre de la plataforma], con conexión cifrada.
- Conéctate desde un lugar privado, sin otras personas presentes, y con buena conexión.

[TU LOGO]

[Nombre de la consulta o clínica]

[Dirección] · [Teléfono] · [Email] · [Web]

Centro sanitario n.º [Registro] · [Nombre profesional] · Col. n.º [N.º colegiado]

- Si se corta la conexión, el profesional te llamará al [teléfono de contacto].
- En una crisis o emergencia, llama al 024 o al 112: la terapia online no es un servicio de urgencias.

5. PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	[Nombre o razón social] · NIF [] · [Dirección] · [Email]
Finalidad	Prestar la asistencia psicológica, gestionar la historia clínica, las citas y la facturación.
Base jurídica	Prestación de asistencia sanitaria (art. 9.2.h del RGPD) y ejecución del servicio contratado (art. 6.1.b).
Conservación	La historia clínica, mínimo 5 años desde el alta (Ley 41/2002). Los datos de facturación, los plazos que exige la normativa fiscal.
Destinatarios	No se ceden datos salvo obligación legal. Proveedores técnicos con contrato de encargado: [p. ej., software de gestión, plataforma de videollamada].
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad en [email]. Puedes reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (aepd.es).

6. CONSENTIMIENTO

- ☐ He leído y comprendido la información anterior y he podido resolver mis dudas.
- ☐ Consiento la intervención psicológica descrita y el tratamiento de mis datos de salud para esta finalidad.
- ☐ (Opcional) Autorizo la coordinación con: [profesional o centro] para [finalidad].

En [ciudad], a [día] de [mes] de [año].

Firma del/de la paciente

Firma del/de la profesional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo: menores de 16 años

Rellena este anexo cuando la persona atendida sea menor de 16 años.

Regla general: firman ambos progenitores titulares de la patria potestad, aunque estén separados o divorciados. A partir de los 16 años, el menor con madurez suficiente puede consentir por sí mismo, y se informará a los progenitores. Revisa las excepciones del art. 156 del Código Civil y los criterios de tu Colegio Oficial.

Menor		Fecha de nacimiento	
Progenitor/tutor 1		DNI / NIE	
Progenitor/tutor 2		DNI / NIE	

- ☐ Ambos progenitores consentimos la intervención psicológica de nuestro/a hijo/a en los términos de este documento.
- ☐ Hemos sido informados de que el menor tiene derecho a ser escuchado y a que se respete la confidencialidad de lo que cuente en sesión, salvo situaciones de riesgo.
- ☐ Solo firma un progenitor. Motivo y documentación aportada: [patria potestad exclusiva / resolución judicial / otro].

En [ciudad], a [día] de [mes] de [año].

Progenitor/tutor 1

Progenitor/tutor 2

Profesional

Este modelo es orientativo. Adáptalo a tu práctica y revísalo con tu Colegio Oficial o tu asesoría antes de usarlo.