

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENCUADRE PROFESIONAL PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA - ADOLESCENTES

Datos del profesional

Nombre: _____

Matrícula: _____

Datos del adolescente

Nombre: _____

Edad: _____

DNI: _____

Adulto responsable que solicita la consulta

Nombre: _____

DNI: _____

Vínculo con el/la adolescente: _____

1. Naturaleza de la atención

La atención psicológica tiene como finalidad evaluar, orientar y acompañar aspectos emocionales, conductuales y vinculares del/la paciente.

El proceso puede incluir entrevistas individuales, entrevistas con adultos responsables, orientaciones familiares y, cuando resulte pertinente, instancias de trabajo interdisciplinario con otros profesionales del ámbito de la salud, educativo o institucional.

2. Confidencialidad

La información obtenida durante el proceso terapéutico se encuentra protegida por el secreto profesional y será utilizada exclusivamente con fines clínicos y asistenciales, conforme a las normas éticas y legales vigentes.

Las entrevistas con el/la adolescente tienen carácter confidencial. El profesional podrá compartir con los adultos responsables únicamente aquella información que resulte necesaria para el cuidado y bienestar del/la paciente.

En el marco de instituciones o equipos interdisciplinarios, determinada información clínica podrá compartirse entre profesionales del equipo exclusivamente con fines asistenciales.

3. Autonomía progresiva

De acuerdo con lo establecido por el Art. 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la normativa vigente en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes, se reconoce el principio de autonomía progresiva.

En tal sentido, el/la adolescente será informado/a acerca del proceso terapéutico y se procurará su participación en las decisiones vinculadas a su atención conforme a su edad y grado de madurez.

4. Responsabilidad parental

De acuerdo con lo establecido por los Arts. 641, sgts. y concs. del **Código Civil y Comercial de la Nación**, la responsabilidad parental puede ejercerse indistintamente por cualquiera de los progenitores o responsables, salvo oposición expresa del otro progenitor, por resolución judicial en contrario o en los casos previstos por el Art. 645 de dicho cuerpo legal.

En tal sentido, quien suscribe la presente declara:

- ejercer la responsabilidad parental
- autorizar el inicio del proceso de atención psicológica
- que **no existe oposición del otro progenitor ni restricción judicial** que impida la atención.

En caso de existir conflicto entre progenitores, medidas judiciales o situaciones legales relevantes, se compromete a informarlo al profesional.

5. Informes, requerimientos institucionales o judiciales

La intervención psicológica se desarrolla en el ámbito clínico asistencial.

En caso de solicitudes de informes por parte de autoridades competentes, el profesional evaluará su pertinencia conforme a las normas éticas y legales vigentes, pudiendo requerirse autorización expresa del/la paciente o de sus responsables legales, en caso de así corresponder.

La práctica clínica no implica la realización de evaluaciones periciales ni la toma de posición en disputas familiares o judiciales entre adultos responsables.

6. Interrupción del tratamiento

El proceso terapéutico puede ser interrumpido por decisión del/la consultante, del adulto responsable o por criterio profesional, cuando así se considere clínicamente pertinente.

7. Inasistencias, cancelaciones y discontinuidad

Las cancelaciones deberán comunicarse con un mínimo de 24 horas de anticipación.

La inasistencia sin aviso podrá considerarse sesión realizada.

En situaciones excepcionales debidamente justificadas (salud, emergencias u otras causas de fuerza mayor), la situación será evaluada por la figura profesional.

Las ausencias reiteradas o la ausencia prolongada sin comunicación serán consideradas como interrupción del proceso terapéutico.

La conservación de la historia clínica no implica la continuidad activa del vínculo profesional.

Un eventual retorno requerirá la evaluación y nuevo acuerdo de las condiciones de atención.

8. Interconsulta y derivación

El/la profesional podrá sugerir interconsulta o derivación cuando la situación lo requiera o exceda su ámbito de competencia.

En caso de considerarse necesaria para el adecuado abordaje, la falta de realización de dicha interconsulta podrá influir en la continuidad del proceso terapéutico, en resguardo del bienestar del/la paciente.

9. Declaración del firmante

El adulto responsable declara que la información brindada respecto de la situación familiar y legal del/la paciente es veraz y se compromete a comunicar cualquier cambio relevante que pudiera afectar el proceso terapéutico.

Declaro haber leído y comprendido la información precedente, prestando conformidad para iniciar el proceso de atención psicológica.

Firma paciente/cliente/consultante (ológrafo o digital) _____

Aclaración _____

Fecha _____

Firma profesional _____