CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bienvenido/a a este espacio de terapia. Antes de comenzar nuestra colaboración, es crucial que entiendas cómo trabajaremos juntos y qué puedes esperar del proceso terapéutico. Este documento está diseñado para explicarte los aspectos fundamentales de nuestra terapia. Te animo a leerlo con atención y a plantear cualquier duda o pregunta que tengas.

El objetivo de la terapia es ofrecerte un entorno seguro y de apoyo donde puedas explorar tus pensamientos, emociones y comportamientos. Mediante entrevistas, observación y evaluaciones en salud mental, mi meta es comprender tu situación particular y trabajar contigo hacia el logro de cambios positivos en tu vida. La terapia será diseñada para atender tus necesidades y objetivos específicos, asegurando que tu bienestar sea el foco de nuestro trabajo conjunto.

La terapia ofrece múltiples beneficios, incluyendo la mejora de tu bienestar emocional, el desarrollo de habilidades para manejar el estrés y los desafíos cotidianos, la mejora de las relaciones interpersonales y el fomento del crecimiento personal. Cada proceso es único y los resultados pueden variar, pero mi compromiso es acompañarte de forma profesional y empática en tu camino hacia el cambio.

La confidencialidad es un aspecto fundamental de nuestra práctica. Todo lo que compartas será tratado con el máximo respeto y privacidad. Solo en situaciones muy específicas, definidas por la ley, como el riesgo de daño a ti mismo/a o a terceros, podría ser necesario compartir cierta información con las autoridades pertinentes. En cualquier otro caso, tu información y lo discutido en terapia se mantendrán en estricta confidencialidad.

Cada sesión de terapia tendrá una duración de 50 minutos y se realizará de forma semanal. Este esquema puede ajustarse de acuerdo a tus necesidades y a nuestro acuerdo mutuo, buscando siempre lo que mejor contribuya a tu proceso de terapia.

El costo por sesión es de [insertar costo aquí]. El pago se realizará [describir método y tiempo de pago, por ejemplo, al final de cada sesión o mediante transferencia bancaria antes de la sesión]. En caso de cancelaciones o reprogramaciones, por favor avísame con al menos [insertar número] horas de anticipación. Las sesiones canceladas sin el

aviso previo requerido podrían ser cobradas. Estas políticas buscan asegurar el mejor uso de nuestro tiempo programado.

Es importante que sepas que tienes el derecho de finalizar la terapia en cualquier momento. Si decides hacerlo, te animo a discutirlo conmigo para que podamos cerrar nuestro proceso de manera que sea más beneficioso para ti. Este diálogo nos permitirá revisar los progresos realizados y considerar posibles pasos a seguir para asegurar tu bienestar continuo.

Al firmar este documento, confirmas tu comprensión y acuerdo con la información presentada y das tu consentimiento para participar en la terapia bajo estos términos. Este consentimiento informado es un pacto de compromiso mutuo y respeto hacia el proceso terapéutico. Asumo la responsabilidad de propiciar un espacio de escucha activa y colaboración, enfocado en tu bienestar y desarrollo personal.

_____	_____
Firma del paciente	Firma del profesional
_____	_____
Aclaración	Aclaración
_____	_____
DNI	Nª de Matrícula
Fecha:	Fecha: .....