

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENCUADRE PROFESIONAL PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA - NIÑOS/AS

Datos del profesional

Nombre: _____

Matrícula: _____

Datos del niño/a

Nombre: _____

Edad: _____

Adulto responsable que solicita la consulta

Nombre: _____

DNI: _____

Vínculo con el niño/a: _____

1. Naturaleza de la atención

La atención psicológica tiene como finalidad evaluar y acompañar aspectos emocionales, conductuales y vinculares del niño/a. El proceso puede incluir entrevistas con el niño/a, entrevistas con adultos responsables y orientaciones familiares.

2. Confidencialidad

La información obtenida durante el proceso terapéutico se encuentra protegida por el secreto profesional y será utilizada exclusivamente con fines clínicos.

3. Responsabilidad parental

De acuerdo con lo establecido por los Arts. 641, sgts. y conchs. 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.

4. Interrupción del tratamiento

El proceso terapéutico puede ser interrumpido por decisión del adulto responsable o por criterio profesional.

5. 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.

6. 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.

7. Discontinuidad

El/la consultante puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

Se sugiere comunicar dicha decisión en el espacio de sesión a fin de realizar un cierre adecuado.

Cuando resulte pertinente, el profesional podrá orientar o sugerir alternativas de continuidad asistencial.

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 _____