

*El lenguaje empleado en el presente consentimiento informado no busca generar ninguna clase de discriminación, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones hechas al género masculino representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos.*

### **ESTIMADO CONFYLOVER (USUARIO/PACIENTE):**

Atendiendo a su solicitud de recibir atención especializada en salud mental, a continuación, te exponemos cuidadosamente el objetivo principal del servicio: **brindar atención especializada y de calidad en el área de salud mental (que comprende las especialidades de psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología, tanatología y psiquiatría), orientada a realizar un diagnóstico, evaluación y tratamiento de los usuarios que acuden voluntariamente a solicitar la atención.** Antes de decidir si desea recibir la atención especializada, deberá conocer y comprender la información registrada en este documento.

### **BENEFICIOS**

Usted será evaluado por un profesional especialista en salud mental, quien proporcionará un diagnóstico y podrá sugerir un tratamiento específico para su padecimiento, además, podrá recomendar la elaboración de estudios de laboratorio, pruebas neuropsicológicas y/o estudios de gabinete cuando su caso lo amerite; lo anterior, a fin de lograr una mejoría en su salud mental, siempre bajo un trato digno y profesional.

### **EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

La información que constituye su expediente clínico es confidencial. Solo podrá ser consultada por los especialistas en salud mental de esta unidad para fines clínicos, estadísticos y académicos. Todos los datos personales proporcionados a esta Institución serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, capítulo IV artículo 20 al 26, capítulo XIII artículo 76 al 80 del reglamento de la ley, y a la Norma NOM 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Por este motivo solicitamos su autorización para que la información plasmada en su expediente clínico pueda ser analizada por un grupo de especialistas en psicología del equipo de **Tu Confyente Psicología**. Este análisis consiste en la exposición de la información proporcionada por Usted para que posteriormente el grupo de especialistas valoren el diagnóstico, determinen y apliquen las técnicas de intervención, así como den su opinión sobre el caso, para tomar las decisiones más adecuadas en beneficio de su atención. No se omite comentar que su asistencia es voluntaria y no influirá en los tratamientos que actualmente esté recibiendo.

Es importante hacer de su conocimiento que la información que proporcione para el tratamiento será utilizada con estricta confidencialidad, es decir, nunca se mencionará su identidad o datos personales, ni de la de sus familiares, pues en todo momento se manejarán datos y cifras anónimas. Si acepta, agradecemos de antemano la colaboración y le pedimos completar los siguientes datos:

Yo \_\_\_\_\_  
Con domicilio en \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono de algún familiar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

## **DECLARO LIBREMENTE**

1. Que estoy de acuerdo en participar en esta intervención psicológica/psiquiátrica cuyo objetivo, procedimientos y beneficios me fueron especificados, así mismo autorizo al grupo de profesionistas que participan en mi evaluación y diagnóstico, a aplicar las técnicas de intervenciones pertinentes y mi caso sea supervisado.
2. Con mi pleno conocimiento, se me informó que me podrán aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
3. Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello signifique que la intervención psicológica/psiquiátrica que se me proporciona, se vea afectada por este hecho.
4. Se me ha informado que el dar mi consentimiento toda información que se obtenga sobre mi identidad y participación será estrictamente confidencial.

## **LÍMITES DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL USUARIO**

**Tu Confyente Psicología** está obligado a revelar información confidencial si existen algunas de las siguientes condiciones:

1. El paciente pudiera ponerse en peligro, tanto a sí mismo como a otros
2. Por cuestiones legales en caso de fallecimiento

## ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO

1. He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos durante el proceso de atención pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que otorgo mi plena autorización para ello.
3. Convengo ingresar a las sesiones en línea para recibir la atención especializada en salud mental y estoy al tanto de los siguientes lineamientos:
  - a) Tengo derecho a faltar en tres ocasiones con previo aviso. Cumplidas dichas faltas podré ser dado de baja del servicio y mi lugar será asignado a otro paciente.
  - b) La tolerancia para entrar a la sesión contratada es de 10 minutos. En caso de no entrar en ese tiempo sin previo aviso, ésta no podrá ser recuperada, ni aplicará para reembolso.
  - c) Me comprometo a avisar con mínimo 12 horas de anticipación si no me conectaré a la sesión. En caso contrario, ésta no será recuperada, ni será reembolsable.
  - d) En caso de que el terapeuta que me atienda así lo considere, puedo ser canalizado a Psiquiatría para una evaluación adicional.
  - e) Si el psicólogo tratante considera importante recibir otro servicio, se podrá canalizar a otras instituciones.
  - f) Las sesiones únicamente serán brindadas vía online.
  - g) Si tuviera una crisis fuera de los horarios de servicio se le proporcionará datos de con quién podría acudir.
  - h) Solo podrá tener acceso a su terapeuta asignado en un horario de 8:00 am a 9:00 pm.
  - i) En caso de atención urgente se canalizará con los servicios de atención psiquiátrica del IMSS.
  - j) También se podrá canalizar con el Psiquiatra en un horario de 17:00 a 20:00 horas.
  - k) Dado el caso podrá también ser canalizado a un Servicio de Salud Mental Público.

Entiendo que la asistencia regular producirá los máximos beneficios posibles, pero que soy libre de suspender el tratamiento en cualquier momento.

Mientras espero beneficios de este tratamiento entiendo perfectamente y acepto que, debido a factores que están más allá de nuestro control, tales beneficios y resultados deseados no se pueden garantizar.

He tenido la oportunidad de discutir los aspectos del tratamiento completamente, así como he tenido respuestas a mis preguntas, y entiendo el tratamiento planeado. Por lo tanto, estoy de acuerdo en cumplir con dicho tratamiento y autorizar al terapeuta o quien es designado para administrarlo.

Acepto:

Si (  ) No (  )

Declaro que toda la información proporcionada es verídica y puede ser comprobada

Si (  ) No (  )