

Consentimiento informado para familias de niñas y adolescencias

El siguiente documento, tiene por objetivo presentar el encuadre laboral que utilizaremos durante el tiempo que lleve el proceso terapéutico en el espacio (modalidad virtual o presencial). Es indispensable su conocimiento y aceptación para el trabajo, debido a que son quienes están a cargo del niño, niña ó adolescente que va habitar el lugar.

Además de establecer un marco para la práctica profesional, el presente documento tiene como objetivo garantizar la protección integral de los derechos de NNyA.

- 1. PROCESO**, el proceso consiste en encuentros individuales y familiares (en caso de que sea necesario). Es de suma importancia, que la familia se implique en las entrevistas solicitadas por el/la profesional. Cuando las entrevistas son solo con la familia, las mismas también se consideran hora de trabajo, motivo por el cual también se abonan. A su vez, es responsabilidad del profesional anticipar y justificar a quienes tenga o tengan, la responsabilidad parental de las infancias y adolescencias, de las distintas instancias del proceso psicoterapéutico. Incluyendo la finalización del mismo.
- 2. ASISTENCIA**, a) ***Inasistencia sin aviso previo***, deberá ser abonada en su totalidad, exceptuando una emergencia médica. b) Luego de tres inasistencias consecutivas, sin relación con motivos de salud, se dará por suspendido el proceso. Notificando con anterioridad a familiares y haciendo saber, **solo si la situación lo requiere por alguna particularidad**, a posibles organismos intervinientes (Senaf, Equipos de Orientación Escolar, otros profesionales que acompañan al niño, niña ó adolescente).
- 3. HORARIOS**, los encuentros son **de 40-45 minutos**, en caso de que el/ la profesional lo considere necesario modificara el tiempo pautado. Necesaria la puntualidad, del **ingreso y el egreso del espacio**. Solicitando a la familia que puedan esperar en sala de espera o estar 10 minutos antes de que finalice la sesión.
- 4. HONORARIOS** a) El costo por sesión es de \$ _____ el cual tendrá modificaciones durante el año. Cuando los aumentos sean realizados se avisarán con anticipación y dialogados si es necesario; es importante que este factor no interrumpa el

5. espacio terapéutico. b) En caso de que la sesión sea abonada por *transferencia*, se solicita que envíen el comprobante.
6. **TRABAJO INTERDISCIPLINARIO Y CORRESPONSABILIDAD**, se considera de suma importancia el trabajo con otras instituciones (escuela, club) y con otros/as profesionales, para poder trabajar de una mejor manera. Ante la necesidad de tener una reunión por fuera del espacio de sesión, primero se dialogará con la familia la posibilidad de realizarla y una vez que se establezca ese acuerdo se llevará a cabo el encuentro. Esas reuniones podrían llegar a cobrarse con el valor de una sesión. Se aclara este encuadre, debido a que es tiempo de trabajo que destina el/la profesional para el proceso terapéutico.
7. **INFORMES**, existen diversos tipos de informes. Aquellos solicitados por la familia, en la cual se brinda la información de que el menor **asiste al espacio terapéutico**, se pueden entregar a la familia y en caso de que la escuela solicite, primero se informara a la familia. Por otro lado, los **informes psicológicos donde se “levantara” secreto profesional**, serán los solicitados por la justicia mediante oficio; en el caso que sea el propio paciente el que lo solicite deberá informar una autorización relevando del secreto profesional al psicólogo interviniente. Quedará a criterio del profesional establecer los parámetros de cobro a dichas producciones.
8. **INFORMACIÓN**, se considera de suma importancia que los/las adultos/as responsables, hagan saber al/la profesional, sobre medidas cautelares que repercutan en la dinámica familiar o en la vida del/la consultante y/o las infancias o adolescencias a su cargo; tales como la restricción de acercamiento en el contexto de la Ley 3040 de Río Negro. De ser así, aclarar si dicha medida es restrictiva solo ante adulta/adulto responsable, o alcanza al niño, niña ó adolescente.

Acuerdo haber leído y comprendido los puntos que integran el presente documento, manifestando mediante la firma el compromiso de respetar los puntos establecidos.

Colegio de Psicólogos

ALTO VALLE ESTE

Autorizo a: _____

DNI: _____ como madre/padre/tutor o responsable, a asistir a las sesiones que se llevaran a cabo de manera presencial en el consultorio ubicado en calle _____ Ó bien de modo virtual. En el horario acordado con la profesional _____

FECHA



Firma de familiar a cargo

Firma de familiar a cargo

Firma y sello de la profesional