

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SALUD MENTAL

Lugar y Fecha:

Yo,.....DNI N°,....., he sido informado por el profesional Psic./Lic. en Psic., sobre la posibilidad de acceder a una sesión de psicología a través de un canal a distancia (por ejemplo, llamada telefónica u otros medios de comunicación a distancia). Ello en cumplimiento del Decreto de Aislamiento Social Obligatorio, en el marco de la Emergencia Sanitaria decretada a partir de la Pandemia por Coronavirus -COVID-19-.

Por este motivo y de manera excepcional, mientras duren las medidas de Aislamiento Social, se ofrece continuar dispensar la atención psicológica por la vía mencionada.

Si bien como profesional de la Salud se garantiza la confidencialidad de la consulta y de realizará en un ambiente seguro, el canal de la comunicación será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo que la practica psicológica requiere. Esta opción es ofrecida con el objetivo de tener una continuidad en la atención mientras dure el periodo de aislamiento obligatorio. Luego de las explicaciones brindadas, acepto realizar la consulta por la vía remota ofrecida por el/la profesional.

Firma:

Aclaración:

DNI: