CENTRO EXPERIENCIA DBT

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN EN PSICOLÓGICA Y PSIQUIATRIA

Ciudad: Lima, Perú **Fecha:** _____

Yo, _____, identificado(a) con DNI/CE N° _____, con domicilio en _____, manifiesto que he recibido información clara, precisa y suficiente sobre la naturaleza y propósito del proceso psicológico que recibiré por parte de los profesionales del centro **Experiencia DBT**.

1. Objetivo y Metodología

El proceso tiene como objetivo proporcionar un espacio seguro para el abordaje de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. Las técnicas se basan en evidencia científica, incluyendo Terapia Dialéctico Conductual (DBT), EMDR y enfoques integrativos. La atención se brinda tanto en modalidad presencial como online, garantizando en ambos casos la calidad del servicio.

2. Duración y Estructura

- **Sesiones:** Cada sesión tiene una **duración de 50 minutos**.
- **Agendamiento y Pago:** Al realizar una reserva, esta se mantendrá activa por un periodo de **24 horas**. Dentro de este plazo, el paciente deberá realizar el pago de la sesión individual o del paquete seleccionado. De no concretarse el pago, la reserva será liberada automáticamente para otros pacientes.
- **Puntualidad:** En caso de llegar tarde, se dispondrá únicamente del tiempo restante de la sesión, cobrándose la tarifa completa.

3. Política de Cancelación y Reprogramación

- Toda cancelación o reprogramación debe realizarse con un mínimo de **48 horas de anticipación**.
- Si la cancelación se realiza con menos de 24 horas o el paciente no asiste a la consulta, la sesión será **considerada como brindada**, sin derecho a devolución ni reprogramación.
- **Excepciones:** Se exceptuará la penalidad únicamente ante casos de enfermedad física debidamente justificada (presentando certificado médico pertinente).

- La acumulación de tres cancelaciones o inasistencias consecutivas podrá dar por finalizado el proceso terapéutico a criterio del centro.

4. Confidencialidad y Protección de Datos

La información compartida es estrictamente confidencial, conforme a la **Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales de Perú)** y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú. La confidencialidad podrá ser levantada únicamente en caso de:

1. Riesgo inminente para la integridad propia o de terceros.
2. Orden judicial conforme a la ley vigente.
3. Supervisión profesional (donde se garantiza el anonimato).

5. Riesgos y Beneficios

El proceso puede generar malestar emocional temporal debido a la exploración de vivencias. En caso de crisis, el paciente se compromete a acudir a su red de apoyo y, de ser necesario, a los servicios de urgencias hospitalarias más cercanos.

Declaro haber comprendido la información anterior y acepto voluntariamente participar en el proceso psicológico y/o psiquiatría en Experiencia DBT bajo estas condiciones.

_____

Firma del Paciente / Representante

Nombre:

DNI/CE:

_____

Firma del Profesional / Director(a)
Centro: Experiencia DBT