

PSI.JOEL LOAYZA CRAWFORD

REG-SENECYT: 1006-2022-25666781

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1

**CONTRATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO AL INICIO DE LOS
PROCESOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

En la Ciudad de _____ del país _____, a los ____ días del mes _____ del presente año 2026, comparecen por una parte el Señor **JOEL BENIGNO LOAYZA CRAWFORD**, a quien para efecto del presente contrato lo llamaremos **EL PROFESIONAL TRATANTE**, y por otra el Señor/a _____, a quien para efecto del presente contrato lo llamaremos **EL PACIENTE**, a celebrar el presente contrato al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: SOBRE LA DURACIÓN DE LAS CONSULTAS, HORARIOS Y HONORARIOS

Las consultas tienen un valor variable acorde a las necesidades del paciente y la disposición del profesional tratante. Tales valores deben ser acordados por las partes y pagados con antelación a la consulta.

Los valores pueden variar durante el tratamiento, por lo que el profesional tratante comunicara oportunamente al paciente los motivos de la variación de valores, y de haber acuerdo entre las partes continuara el tratamiento sin ninguna otra dilación.

Los agendamientos de las consultas se harán una vez que el profesional confirme el pago realizado por el paciente, de igual forma se procederá en los casos de evaluación o tratamiento para el paciente (test psicométricos, instrumentos, informes, acompañamiento in vivo).

En caso de incumplimiento de la asistencia a las consultas, evaluaciones, etc., por parte del paciente por un tiempo prolongado (3 o 4 meses/ abandono de tratamiento sin justificación), quedará sin vigencia automáticamente cualquier acuerdo establecido, relacionado a honorarios correspondientes a las consultas, tratamientos, evaluaciones, etc., de tal manera que si el paciente desea reanudar el tratamiento deberá establecerse un nuevo acuerdo. Los pagos realizados por alguno de los servicios ofrecidos por el psicólogo, que no tengan su aprovechamiento por parte del paciente pasado el plazo mencionado, pasarán a estado caducado, de tal manera que el paciente no podrá realizar reclamos o agendamientos por tales pagos realizados y en su defecto deberá realizar un pago nuevamente para poder acceder a los servicios que requiere.

Telf: +593-998780035

Dirección: Miraflores. Av. Central 417 y 8va (diagonal a la clínica Rendón)

e-mail: joelbloayzac@gmail.com

Horarios: Lun-Sab de 9 am a 3 pm (presencial)

PSI.JOEL LOAYZA CRAWFORD

REG-SENECYT: 1006-2022-25666781

CONSENTIMIENTO INFORMADO

2

La duración de las sesiones psicológicas será de una hora, pero se podrían extender o reducir de acuerdo con las disposiciones y valoraciones del profesional tratante. La reducción no puede ser mayor a 30 minutos. La reducción o extensión de la sesión está sujeta a comunicación y justificación por parte del profesional al usuario, (cumplimiento de objetivos terapéuticos de la sesión, reducción de sesión por atraso del usuario, manejo inadecuado de la sesión por parte de alguno de los participantes, indisposición del profesional). En caso de que la extensión requiera de un pago adicional, se comunicará previamente al usuario. De haber un consentimiento por parte del paciente respecto a este acuerdo en pagar, se procederá a extender la consulta.

Las inasistencias a las consultas que no hayan sido justificadas al profesional tratante por lo menos con una hora de antelación a la hora agendada para la consulta serán tomadas como un abandono tácito del espacio terapéutico y su penalización será el cobro de los honorarios correspondientes a ese espacio. Esto aplica únicamente al valor de la consulta y no involucra los valores de informes, instrumentos de evaluación o afines.

Los cambios de fecha (día y hora) de las sesiones agendadas deben realizarse por lo menos con una hora de antelación de la hora acordada para la atención. El usuario debe justificar el motivo de su inasistencia o el motivo de la solicitud de cambio de fecha de la sesión. Si se trata de atención virtual, aplican condiciones especiales, no obstante, debe existir igualmente la notificación oportuna al profesional. La inasistencia a la consulta virtual tendrá la misma penalización que la inasistencia a las consultas presenciales (el cobro de los honorarios acordados sin derecho a devoluciones o reembolso).

SEGUNDA: REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LAS CONSULTAS Y CLAUSULAS DE LA CONFIDENCIALIDAD

El paciente da su consentimiento para que el profesional tratante grabe todas las consultas, con la finalidad de que el profesional pueda evitar interrupciones o contenidos mentales por parte del paciente, que puedan perjudicar la dinámica de interacción y el establecimiento del vínculo terapéutico.

Todo usuario que acude a la sesión y posee un registro e historia clínica tiene derecho a la confidencialidad y precaución del uso y comunicación de la información recabada por parte

Telf: +593-998780035

Dirección: Miraflores. Av. Central 417 y 8va (diagonal a la clínica Rendón)

e-mail: joelbloayzac@gmail.com

Horarios: Lun-Sab de 9 am a 3 pm (presencial)

PSI.JOEL LOAYZA CRAWFORD

REG-SENECYT: 1006-2022-25666781

CONSENTIMIENTO INFORMADO

3

del profesional. El profesional tratante se compromete a cuidar, resguardar, proteger y no divulgar la información recabada, sin el consentimiento previo del usuario. Esto se cumplirá siempre y cuando no estén vigentes las condiciones en la **cláusula A.1** expuesta más abajo.

Clausula A.1: La confidencialidad del paciente se mantiene bajo su autonomía, siempre y cuando no se cumplan las siguientes condiciones:

- Mantener la información en resguardo implicaría un riesgo para el paciente, sus allegados o terceros (planificación de intentos autolíticos, elevado riesgo suicida, ideaciones, planificaciones o confesiones sobre el cometimiento de un crimen). En tal caso la información será manejada con cautela y revelada a personas que funcionen como aliadas en el tratamiento o, en el caso de delitos, a las autoridades competentes. Se le notificará al usuario que esta información será divulgada y los canales que se usarán. Tal divulgación tendrá presente el principio ético de no-maleficencia.
- El profesional, por razones que exceden sus capacidades en el resguardo de la información, es víctima del mal manejo de datos por parte de terceros, quienes debieron obtener acceso a tal información de manera ilegítima o, sin el consentimiento del profesional, ni la intención explícita y demostrable de divulgación de la información por parte del profesional, sin el consentimiento previo del usuario afectado.
- Robo, pérdida, hackeo o alteración de los datos por parte de terceros con fines ilícitos o la obtención de los datos de registros del profesional por medio de la extorsión y amenazas que pongan en riesgo la integridad del profesional y sus familiares, amistades o personas afines, así como a otros pacientes o al paciente mismo.
- Emisión de una orden judicial por parte de alguna autoridad competente que solicite bajo el marco de la ley ecuatoriana, la revelación o divulgación de los registros recabados sobre él o los pacientes.

TERCERA: CLAUSULAS EMERGENTES SOBRE EL MANTENIMIENTO Y FINIQUITO DE LAS SEIONES Y ESTABLECIMIENTO DEL ALTA

El proceso de tratamiento debe tener, salvo excepciones, un inicio y un final acorde al cumplimiento de los objetivos terapéuticos trazados. Con tal fin, el profesional se compromete

Telf: +593-998780035

Dirección: Miraflores. Av. Central 417 y 8va (diagonal a la clínica Rendón)

e-mail: joelbloayzac@gmail.com

Horarios: Lun-Sab de 9 am a 3 pm (presencial)

PSI.JOEL LOAYZA CRAWFORD

REG-SENECYT: 1006-2022-25666781

CONSENTIMIENTO INFORMADO

4

a buscar activamente la autonomía del paciente y, por tanto, la no dependencia de la asistencia a las consultas para la mejoría o alivio de síntomas o problemáticas presentes.

El profesional, en este respecto, se reserva el derecho de decidir acorde a su criterio clínico y evaluaciones precisas, el tiempo del tratamiento que debe seguir el usuario. Si es necesario extender o reducir el número de sesiones, así como la duración de cada una. Conforme a esto, el profesional también podrá establecer de manera libre y conforme a su criterio clínico el finiquito de las sesiones ya sea con o sin derivación del paciente a un profesional que considere. Lo expresado se hará con la previa y oportuna comunicación al paciente. Esto regido por el compromiso ético de no-maleficencia que exige la práctica clínica.

En caso fortuito que el usuario atente contra su vida o la de otros fuera y dentro del espacio de consulta, el profesional tratante está exento de toda responsabilidad frente al hecho, aun cuando el paciente se encuentre en esos momentos en tratamiento con el profesional, sea este a corto o largo plazo. Esto aplica tanto en el inicio, durante y luego de la finalización del tratamiento. El usuario es el único responsable de las acciones que ejerce por sí mismo sea o no en pleno uso de sus facultades, esto incluye estados alterados de consciencia producto de psicopatologías o el uso y consumo de sustancias sujetas o no a fiscalización.

El profesional se compromete por su parte a conservar siempre la relación terapéutica dentro de un marco profesional, que no excede ni sobre pasa las características definitorias de relación profesional (Psicólogo-Cliente). Salvo que exista un tiempo prudencial estipulado en el código ético que rige la práctica clínica profesional según la Asociación Americana de Psicología (APA). A su vez se manejará en el marco del respeto de los principios éticos competentes a la profesión que se engloban en: No-maleficencia, Autonomía, Justicia, Beneficencia.

En caso de verse comprometida la relación terapéutica, ya sea porque el usuario ha generado vínculo emocional o afectivo con el profesional que trasciende el marco de la relación terapéutica y es potencialmente perjudicial o iatrogénico para el usuario mismo. El profesional se reserva el derecho de referir al paciente a otro profesional y dar por finalizado el tratamiento o el vínculo terapéutico. Esto tendrá por propósito reducir los potenciales daños emocionales que esto puede conllevar valorados a discreción del profesional y su juicio clínico. Este mismo principio aplica en caso de que la relación se vea comprometida por sentimientos

Telf: +593-998780035

Dirección: Miraflores. Av. Central 417 y 8va (diagonal a la clínica Rendón)

e-mail: joelbloayzac@gmail.com

Horarios: Lun-Sab de 9 am a 3 pm (presencial)

PSI.JOEL LOAYZA CRAWFORD

REG-SENESCYT: 1006-2022-25666781

CONSENTIMIENTO INFORMADO

5

del profesional (profesional-usuario) o que ambos tanto profesional como usuario se encuentren emocional y sentimentalmente involucrados.

Las partes declaran que han leído, libremente y en pleno uso de sus facultades mentales, el contenido íntegro del presente contrato de consentimiento informado, previo al inicio de los procesos de evaluación e intervención psicológica, por lo que lo firman por triplicado.

Este documento debe ser enviado firmado y escaneado (**antes de realizar algún pago o agendamiento**) por el solicitante de los servicios si es un representante del paciente o en su defecto el paciente mismo. Debe enviarse por cualquiera de los canales disponibles en el pie de página (teléfono, correo electrónico).

X

JOEL BENIGNO LOAYZA CRAWFORD
PSICOLOGO REG-SENESCYT: 1006-2022-2566...

X

NOMBRES Y APELLIDOS:
USUARIO/REPRESENTANTE CI: