

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____ con DNI/ N.º Pasaporte _____,
con domicilio en _____ MANIFIESTO QUE:

1. El profesional ha proporcionado toda la información esencial sobre el proceso, incluyendo objetivos, procedimientos, duración y honorarios, de manera clara y confidencial, conforme al Código Deontológico y las normas profesionales de la Psicología.

2. Tras recibir información clara sobre el tratamiento necesario, ACEPTO y ME COMPROMETO a que solo el Psicólogo/a firmante será quien lo lleve a cabo, conforme a lo indicado.

3. Así mismo quedo informado/a de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

4. Igualmente, he sido informado/a de:

- Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, los datos personales serán recogidos en el fichero de pacientes gestionado por Antonio Baca, con la única finalidad de documentar la intervención, facturación, seguimiento y funciones profesionales justificadas.
- Que el titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento en cualquier momento, contactando por escrito al profesional de la psicología en el correo electrónico antoniobacapsicologo@gmail.com.
- Que el responsable del fichero ha implementado medidas de seguridad para proteger la inviolabilidad y confidencialidad de los datos personales en sus sistemas e instalaciones. Estos datos solo podrán ser revelados a autoridades públicas competentes cuando lo exijan las normativas legales y reglamentarias aplicables.
- Que, si el paciente no asiste a una sesión sin previo aviso o la cancela con MENOS DE 24 horas de antelación, deberá pagar el costo total de la cita, ya que el tiempo reservado no puede asignarse a otro cliente, lo que implica una pérdida de recursos para el profesional.
- Autorizo y me comprometo con el Psicólogo Antonio Baca para llevar a cabo la intervención profesional, otorgando mi consentimiento expreso para las intervenciones mencionadas y la incorporación de mis datos a los ficheros correspondientes, conforme a los fines especificados.

En _____, a ____ de _____ del 20 ____.

Fdo: _____

Fdo: Antonio Baca Serrano Psicólogo
Col. N° AN10898