



Consentimiento Informado para mayores de edad

Yo _____, mayor de edad,
Rut _____, domiciliado en _____, comuna de _____,
_____, Región _____.

Declaro, que doy mi consentimiento a la psicóloga Karen Arriagada Quezada, Rut 15.350.305-2, con registro en la superintendencia de salud N° 823912, registro en la superintendencia de educación N° 347222 y entiendo que:

1. La psicóloga explicará el propósito y la naturaleza de las evaluaciones o terapias, así como los procedimientos involucrados, toda la información sobre el tiempo destinado a sesión, modalidad de atención, valores, inasistencias y atrasos.
2. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, aunque esto signifique que veré interrumpido mi proceso psicoterapéutico y/o evaluaciones que se pudiesen desarrollar dentro de la terapia.
3. Se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida durante las sesiones, y solo se verá interrumpida si existe un riesgo contra la vida del paciente o a terceros, si se toma conocimiento de la participación actual o futura de alguna situación constitutiva de delito y si fuese ordenado judicialmente, en este caso se proporcionará solo aquella información que sea relevante para la investigación, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información, ya que según el código Procesal Penal artículo 175, los profesionales relacionados con la conservación o el restablecimiento de la salud como la Psicología, tienen la obligatoriedad de denunciar cualquier delito del que tomaran conocimiento en el ejercicio de sus funciones

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____