

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ATENCIÓN DE TELE-PSICOLOGÍA  
SERVICIO DE SALUD MENTAL

Fecha: .....

Yo, ....., he sido informado por el profesional ..... sobre la posibilidad de acceder a una sesión de Psicología a través de un canal a distancia informal (por ejemplo: llamada de video-whatsapp, Skype o llamado telefónico).-----

Me ha sido explicado que, en cumplimiento del Decreto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, en el marco de la Emergencia Sanitaria decretada a partir de la pandemia por Coronavirus se requiere de tomar el máximo de precauciones para evitar contagios siendo esta modalidad de atención la que resulta más segura para el resguardo de la salud del paciente y profesional.-----

Por este motivo, de manera excepcional, me ofrecen realizar una o más consultas por la vía mencionada. De ser evaluado por el profesional la necesidad de atención de forma presencial será realizada con todos los protocolos de bioseguridad decretados por cada región del país.---

Si bien los profesionales se comprometen en lo personal a garantizar la confidencialidad de la consulta y a realizarla en un ambiente seguro, me hacen saber que el canal de comunicación será un canal informal que no cuenta con los requisitos de resguardo y seguridad de la telemedicina. Esta opción es ofrecida con el objetivo de tener una continuidad en mi atención mientras dure el período de aislamiento obligatorio y/o el riesgo de contagio por Covid-19.-----

Luego de las explicaciones brindadas, acepto realizar la consulta por la vía remota ofrecida por el profesional y me comprometo también a guardar las máximas condiciones de confidencialidad y seguridad en mi entorno para un óptimo desenvolvimiento de la sesión programada.-----

Firma:

Aclaración:

DNI: