



Laura Gomezcáceres A.

Psicóloga

Esp. Terapia y neuropsicología infantil

Mg. Salud mental de niños y adolescentes

Reg. 11-8849-10

Tel. 5889000

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA PSICOLÓGICA (MENORES DE EDAD)

Nombre del paciente _____

Fecha _____ Lugar _____

¿En qué consiste la terapia?

Tu hijo(a) iniciará una terapia psicológica denominada cognitivo conductual, la cual se basa en la premisa de modificar los pensamientos y la conducta a través de múltiples técnicas terapéuticas con el fin de mejorar su calidad de vida. La terapia se lleva a cabo a través de sesiones terapéuticas de 45 minutos de duración y la frecuencia de las sesiones será acordada teniendo en cuenta las características de cada caso.

¿Cuánto dura la terapia?

La terapia no tiene un tiempo definido, básicamente culmina de común acuerdo con los padres, el paciente y la terapeuta teniendo en cuenta la valoración de los objetivos alcanzados. Sin embargo, es importante que sepas que la participación dentro del proceso es voluntaria y puede darse por terminada en el momento que lo consideres.

¿En qué consiste la participación?

Al iniciar el proceso terapéutico te comprometes a participar activamente dentro del mismo teniendo en cuenta que al trabajar con menores de edad los procesos de cambio incluyen a los niños o adolescentes y a sus padres. Eso implica que tendrás que comunicarte con la terapeuta, ser completamente honesto y responder con la verdad, cumplir con las citas que se agendan de común acuerdo y realizar las tareas terapéuticas. Así mismo, tu hijo debe asistir a las sesiones programadas con regularidad. Sin estos compromisos es difícil lograr cambios importantes. Dentro del proceso están permitidas las cancelaciones de citas siempre y cuando no sean frecuentes y la cancelación sea avisada con anticipación. En caso de cancelar las citas sobre el tiempo y sin una justa causa, el valor de la cita será cobrado en su totalidad teniendo en cuenta que no le diste la oportunidad a la terapeuta de reprogramar su agenda y atender a personas que pueden requerirlo.

¿Cuáles son los compromisos que adquiere la terapeuta?

La terapeuta se compromete a brindar un acompañamiento profesional y ético el cual ofrezca estrategias útiles y efectivas que favorezcan el desarrollo y la salud mental de los niños y adolescentes, también se compromete a ser puntual, honesta y brindar una atención respetuosa a los niños, adolescentes y a sus padres enfocándose solamente en ellos durante las sesiones. Así mismo, se compromete a mantener a los padres informados acerca del proceso del niño o adolescente sin que en ningún momento pueda violar la confidencialidad de su paciente directo. En caso de requerir acompañamiento en el colegio la terapeuta se compromete a mantener comunicación con el colegio y entregar las recomendaciones pertinentes. También es importante que recuerdes que durante el proceso se llevará un registro de las sesiones realizadas, las cuales hacen parte de la historia clínica de tu hijo. Esta historia les pertenece y podrá ser solicitada por los representantes legales en el momento que así lo deseen.

¿Tiene algún riesgo?

Debido que la psicología no es ciencia exacta existe la posibilidad de que la impresión diagnóstica no sea precisa. Específicamente en los niños y adolescentes sus procesos de crecimiento y desarrollo generan cambios en sus patrones cognitivos, comportamentales o emocionales, lo cual puede generar cambios en las impresiones diagnósticas a lo largo del tiempo. Otro riesgo que se puede presentar son activaciones emocionales negativas que, aunque son parte natural del proceso, pueden generar complicaciones a nivel comportamental y anímico. Para minimizar estos riesgos es importante que sepas que la

terapeuta de tu hijo tiene una formación académica de especialización y maestría en el área infantil y adolescente, está comprometida con el aprendizaje continuo y tiene una experiencia de 10 años en el ámbito clínico atendiendo a niños y adolescentes. Así mismo, en caso de tener dudas frente a un diagnóstico, la terapeuta se las dará a conocer a los padres y en caso de requerir interconsulta esta será solicitada. Con respecto a los riesgos emocionales y comportamentales la terapeuta estará disponible para atender momentos de crisis cuando así se requiera.

En caso de estar de acuerdo con iniciar el proceso terapéutico por favor firma a continuación.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	CEDULA	FIRMA

Terapeuta

Doy fe que toda la información consignada en este documento es veraz y asumo la responsabilidad por los compromisos adquiridos. Así mismo, dejo constancia que el original de este documento ha sido entregado al representante legal, con las firmas correspondientes y en la historia clínica quedara un copia escaneada.

NOMBRE DE LA TERAPEUTA	CEDULA	FIRMA
Laura Gomezcaeres Arroyave Reg. 11-8849-10	52985449	