

Estimado/a paciente,

Le solicitamos leer atentamente y completar el siguiente formulario de consentimiento informado de nuestro Centro de Psicología Aplicada, el cual contiene información relevante sobre su atención.

Este documento tiene como objetivo que usted conozca y comprenda las condiciones de atención de nuestro Centro.

Por favor, responda indicando si **ACEPTA** o **NO ACEPTA** las condiciones descritas bajo cada una de las frases de autorización.

Son 4 condiciones las que debe contestar. **La condición 1 es un prerequisite para ser atendido/a.** Puede aceptar o no aceptar las otras condiciones, esto no influirá en la posibilidad de ser atendido/a en el Centro. Considere que, **la condición 4 es un requisito para ser atendido en tiempos de emergencia**, pues solo es posible la atención por videoconferencia la cual usted debe consentir previamente.

Cualquier pregunta no dude en contactarnos.

NORMAS DE ATENCIÓN:

Declaro estar en conocimiento de las siguientes normas del Centro de Psicología Aplicada (CAPs):

- 1- CAPs es un centro académico de la Universidad de Chile, en dicha calidad favorece o coordina procesos de formación docente y proyectos de investigación con el fin de contribuir a la construcción de conocimiento y la innovación psicosocial.
- 2.- El CAPs tiene como política institucional evaluar la efectividad de los procesos psicoterapéuticos y la satisfacción usuaria, por esto se aplicarán instrumentos específicos o encuestas que los consultantes deberán responder.
- 3.- Los psicoterapeutas que atienden en CAPs pueden ser egresados de la carrera de psicología realizando su práctica profesional, o psicólogos en formación de postgrado que trabajan bajo la supervisión de docentes psicólogos de la Universidad de Chile, y que esto implica que eventualmente las sesiones puedan ser observadas y/o grabadas con fines de supervisión de los profesionales en formación.
- 4.- La información que solicite CAPs con fines de registro e investigación estarán regidos por la confidencialidad. Esto considera que no se publicará su información personal (nombre, rut y domicilio) y se resguardarán como datos sensibles.
- 5.- En caso de ser atendido/a por convenio y para efectos de realizar los cobros correspondientes, se informará a nuestra contraparte de su asistencia a las atenciones; manteniendo la confidencialidad absoluta respecto del contenido de las sesiones.

Firma Participante

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ (RUT: _____), he tomado conocimiento de las actividades de docencia, investigación, extensión y gestión que se realizan en el CAPs. Entiendo que los datos de mi proceso terapéutico serán utilizados para monitorear y mejorar la gestión del Centro. Asimismo, entiendo que puedo estar o no de acuerdo con que mis datos sean utilizados para investigación generada por el Centro, que puedo autorizar o no que me contacten para participar de otras investigaciones que aquí se desarrollan, o que mi caso sea analizado por un equipo de terapeutas para fines de docencia. También he comprendido que no puedo grabar las sesiones de evaluación y/o tratamiento sin autorización de mi tratante. He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me han contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación y confirmo que se me ha entregado una copia de este documento.

Sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma Participante

CONDICIONES DE CONSENTIMIENTO

A continuación, seleccione una opción para aceptar o rechazar las condiciones del consentimiento.

1) Acepto voluntariamente que mis datos sean utilizados para investigación generada por el CAPs

- ACEPTO ☐
- NO ACEPTO ☐

2) Acepto que me contacten para participar de otras investigaciones que se desarrollan en el CAPs

- ACEPTO ☐
- NO ACEPTO ☐

3) Autorizo que mis sesiones de terapia sean videograbadas para fines exclusivos de docencia.

- ACEPTO ☐
- NO ACEPTO ☐

4) En caso de ser atendido/a por videoconferencia, declaro que he tomado conocimiento de que el uso de plataformas virtuales conlleva riesgos en el uso personal tanto de mi información como de la institución, y acepto ser atendido a través de este medio.

- ACEPTO ☐
- NO ACEPTO ☐

Firma Participante

Firma Director/a CAPs