

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, lea atentamente el contenido del documento. Hay requisitos del funcionamiento de CAPs que se le informan y otros frente a los que deberá dar su parecer. Respecto de estos, si usted está de acuerdo, firme el documento. Luego, en la última página, 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:

- 1-. CAPs presta sus servicios de Lunes a Viernes de 09:00 a 20:00 hrs., siendo la última hora de atención a las 19:00 hrs.
- 2-. El pago de la sesión debe realizarse ANTES de ingresar al box o conectarse con su psicoterapeuta.
- 3-. La sesión de psicoterapia tiene una duración de 45 minutos, si el paciente llega tarde se le atenderá los minutos restantes de los 45 minutos agendados.
- 4-. En caso de un retraso superior a 20 minutos, quedará a criterio del terapeuta considerarlo como una inasistencia o realizar la atención durante el tiempo restante de los 45 minutos programados.
- 5-. El aviso de suspensión de una sesión debe realizarse con una anticipación de 24 horas, salvo excepciones debidamente justificadas.
- 6-. En caso de inasistencia a una cita o suspensión de esta con menos de 24 horas de anticipación, no se devolverá el pago si ya fue realizado, o bien, se debe cancelar igualmente el valor correspondiente de dicha sesión aunque no haya sido efectuada.
- 7-. En caso de producirse dos inasistencias consecutivas o más de cuatro en el transcurso de un año sin aviso oportuno; o bien, se realiza la anulación de tres sesiones consecutivas o cinco de ellas durante un año, sin justificación fundada; se procederá a la suspensión de la psicoterapia.

8.- Declaro estar en conocimiento que:

- 8.1- 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.
- 8.2.- 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.
- 8.3.- 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.

8.4.- Las sesiones de ingreso y eventualmente algunas atenciones se realizarán a través de un espejo unidireccional, para favorecer la supervisión de terapeutas en formación.

8.5.- 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), ni ningún otro dato referente a su proceso de atención y se resguardarán como datos sensibles.

8.6.- 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.

8.7.- Usted no está autorizado para grabar o registrar las sesiones de evaluación y/o tratamiento sin autorización del terapeuta tratante.

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 y que mi caso puede ser analizado por un equipo de terapeutas para fines de docencia. Junto con ello, **entiendo que el ingreso y eventualmente las sesiones de atención, se pueden realizar en una sala de espejo unidireccional para facilitar la supervisión de terapeutas en formación.** 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. 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) 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