

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D./Dña _____ mayor de edad,
 con domicilio en _____ C/ _____
 DP _____ con NIF _____ padre/madre del/la menor _____
 Y D./Dña _____ mayor de edad,
 con domicilio en _____ C/ _____
 DP _____ con NIF _____ padre/madre del/la citada menor

MANIFIESTAN

Que consienten en la participación en el tratamiento psicológico de su hijo/hija _____ de ____ años de edad¹, llevado a cabo por el/la psicólogo/psicóloga del Hospital Quirónsalud Digital.

Que hemos sido informados de que la información aportada al psicólogo/psicóloga durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que hemos sido informados que el/la psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta².

Que hemos sido informados y consentimos en que nuestro hijo/hija asista al nº de sesiones de videoconsultas semanales acordadas con el psicólogo, de 45 minutos de duración.

En el caso de que el/la psicólogo/psicóloga lo estime necesario, consentimos/no consentimos en que se registre la sesión mediante medios audio-visuales para su revisión personal.

En _____, a ____ de _____ de 202_

Firma padre/madre 1:	Firma padre/madre 2:	Firma menor:
Nombre:	Nombre:	Nombre

¹ A partir de los doce años habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento.

² Los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el terapeuta, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y terapeuta)