



Profesional responsable: Sharissa Lithgow, M.A.

Modalidad: Virtual

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos expresados en la consulta.
2. El abordaje psicoterapéutico será el adecuado a cada situación que se presente y se inscribe dentro del marco basado en la evidencia.
3. Por la presente dejo constancia que he sido informado (a) de las características técnicas del enfoque a aplicar.

### DURACIÓN Y MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 45 - 60 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en el transcurso.
2. El plazo del tratamiento será el que el profesional considere necesario de acuerdo con las problemáticas que ha generado la consulta.
3. La ausencia de dos sesiones seguidas sin aviso previo por parte del paciente será interpretada como abandono del tratamiento, dándose por finalizado el mismo.
4. En caso del que paciente quiera cambiar de modalidad virtual a presencial le notificará al terapeuta para recibir las opciones e informaciones de los centros que labora en República Dominicana.

### CUESTIONES RELATIVAS AL ESPACIO VIRTUAL Y PAGO DE HONORARIOS

1. El lugar donde serán llevados a cabo las sesiones es un espacio cómodo, seguro y confortable donde el paciente considere oportuno para dar inicio y continuidad al tratamiento.
2. La asistencia se realiza mediante el pago de un honorario por sesión, cuyo monto se acordará con el profesional tratante. El pago puede ser efectuado vía transferencia bancaria, PayPal o tarjeta de crédito. Si por alguna razón usted tuviera dificultades con el pago del honorario, deberá informar al profesional dicha circunstancia para que pueda ser tomada en consideración. En este caso, los honorarios son de US\$55 (RD\$3,300) la sesión individual. Los mismos podrán modificarse de mutuo acuerdo durante el transcurso del tratamiento.



3. El pago debe realizarse con mínimo de 12 horas previo al inicio de la sesión, sino esta queda cancelada automáticamente si el terapeuta lo decide.
4. Pasado los 10 minutos de inicio de la sesión si el paciente no está conectado ni hubo un aviso previo la sesión queda cancelada. En caso de conexión tardía, el profesional puede realizar la sesión en el tiempo restante.
5. En caso de que usted deposite, confirme y no asista a su cita, el monto depositado previamente, no es reembolsable. El mismo se aplicará como penalidad por cancelación de cita confirmada y no asistida. Para una nueva cita, deberá depositar nuevamente el 50% de la misma.
6. En caso de que el profesional responsable cancele la sesión el paciente tiene la opción de reagendar dentro de un plazo de 15 días calendario o el reembolso del pago, recibiendo dentro de 20 a 30 días laborales.

### EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. El tratamiento podrá ser interrumpido en forma unilateral por el paciente en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante, quien evaluará si esta interrupción puede ser perjudicial para el mismo o para terceros. Reservándose el derecho de notificar a quien considere responsable.
2. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo con lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
3. El paciente se responsabiliza a seguir indicaciones psicoterapéuticas que el profesional tratante le imparta: interconsulta con profesionales médicos y no médicos y eventual derivación institucional.

*Se me ha explicado el propósito de este tratamiento, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.*

*Estoy de acuerdo con este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.*

*No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.*

*Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi asistencia según mi parecer.*

**EN CASO DE ESTAR DE ACUERDO, FAVOR MARCAR LA CASILLA DE “ACEPTO”.**