Estimado/a paciente,

Le solicitamos leer atentamente 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. Posteriormente, cuando asista de forma presencial, le solicitaremos que firme este consentimiento en papel para nuestros registros.

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 prerrequisito 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.

_____

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, y que puedo autorizar o no ser observado a través de espejo 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 observadas a través de espejo o 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