



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ATENCIÓN MODALIDAD TELETRABAJO**

El propósito de este documento consiste en otorgar información conforme a la atención psicológica voluntaria requerida, en tanto metodología, número de sesiones, supervisión docente, entre otras. Así como también, en caso de ser solicitada atención a niños, niñas o adolescentes, el adulto tutor otorgue mediante el presente documento la autorización pertinente, en modalidad de teleconsulta o videoconferencia.

El CAIF (Centro de atención Integral de la Familia) es un centro de atención de carácter Asistencial, enfocado a entregar un servicio a la comunidad universitaria, Estudiantes, Académicos, Colaboradores, Egresada/os y/o Titulada/os. Las atenciones son brindadas por Psicóloga/os, quienes mantienen supervisión directa durante todo el período de intervención.

Todos los datos personales, así como la información generada dentro del contexto de atención psicológica se mantendrán resguardados de manera confidencial, siendo archivados con responsabilidad por la/el Psicólogo tratante y la/el Supervisor. Debido al contexto donde se realizan las intervenciones, las sesiones podrán ser registradas en formato escrito, amparando el anonimato de cada consultante.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN A  
DISTANCIA  
(videoconsulta, Videollamada)**

Yo, mayor de edad, en mi calidad de consultante, declaro haber sido informada/o que la atención brindada en esta Institución es de tipo asistencial y entrego mi consentimiento a iniciar atención psicológica en CAIF, con Psicóloga/os de la Universidad de la Universidad Pedro de Valdivia.

He sido informada/o también que, para asegurar una correcta atención, el trabajo acordado será supervisado por un/a Docente de la Escuela de Psicología UPV.

Declaro que he sido informado sobre la posibilidad de acceder a mi atención psicológica por vía telefónica o video llamada, debido a la contingencia sanitaria COVID-19.

Conforme con dicha información declaro lo siguiente:

Se me ha informado ampliamente sobre el carácter voluntario de recibir atención psicológica en modalidad virtual.

Se me ha informado que la/el Psicóloga/o a cargo puede ser reemplazada/o por otra/o en virtud de razones éticas, técnicas o logísticas. Así como también, podrá ser solicitado dicho cambio por parte de la/el Psicóloga/o tratante o la/el propio paciente.

La frecuencia de las sesiones será establecida por el profesional a cargo, lo que será debidamente comunicado al paciente el primer día de atención.

Se me ha informado que las atenciones serán propuestas por la/el Psicólogo tratante, en una primera fase de encuadre, en la primera sesión, generando el calendario de atenciones respectivo.



Se podrá modificar alguna de las fechas de atención calendarizadas exclusivamente por razones de fuerza mayor, siendo debidamente respaldadas con un máximo de 48 horas previa a la fecha y/o horario fijado.

Se me ha informado que bajo modalidad de tele práctica, me será enviada la invitación requerida, mediante las plataformas Zoom, Meet, video llamada, vía WhatsApp o llamada telefónica, según sea factibilidad de comunicación del consultante. Cada sesión presenta una duración de 45 minutos.

Se me ha informado que todo atraso por parte del consultante, será descontando del tiempo restante indicado previamente, con un margen máximo de espera de 15 minutos posterior al horario fijado de atención.

Si el consultante no da aviso de su insistencia a dos sesiones consecutivas, se dará por entendido el abandono del tratamiento siendo cerrada su ficha.

Se me ha informado que la/el Psicóloga/o tratante en la atención que se me otorgue, respetará la privacidad y confidencialidad de mis datos clínicos, personales y familiares, conforme a la normas jurídicas y éticas que regulan la información clínica y la información personal en general de quien recibe atenciones de salud, y que el profesional registrará en mi ficha clínica la información que estime relevante sobre la atención que me brinde y la información que yo le proporcione. No obstante, ante situaciones que se configuren de eminente riesgo para el paciente, el tratante se verá obligado a tomar los resguardos respectivos y/o denunciar el hecho antes las autoridades pertinentes.

Declaro mi conformidad y consentimiento en todas sus partes, estar en conocimiento y aceptando las normas de funcionamiento anteriormente explicitadas, asimismo este documento es condicionante para recibir atención solicitada.