

CONSENTIMIENTO INFORMADO – Intervención con menores de edad

D/D^a, mayor de edad, con DNI, y domicilio en, como padre/madre/tutor-a legal del/la menor de años de edad, manifiesto que:

He recibido de Arrecife Bienestar Integral SL con CIF B10620938, toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda formulada, y que este proceso está sujeto al secreto profesional y al resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y en las diferentes normas de deontología profesional de la Psicología. Así mismo se me ha informado de que:

- No se iniciará ninguna intervención con el/la menor hasta haber solicitado y obtenido consentimiento informado expreso y por escrito del otro progenitor/tutor-a legal (salvo que legalmente no sea necesario: Criterio del COPCLM sobre el consentimiento informado en la intervención psicológica con menores).
- Se me informará de los aspectos relacionados con la intervención y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre progenitores/tutores, el/la menor y el/la profesional.
- Como profesional, tiene la obligación legal de revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo grave para el/la menor u otras personas, si tuviera conocimiento de la comisión actual o futura de un delito contra el/la menor u otras personas, o bien porque así fuera ordenado judicialmente; en este último caso, se proporcionará sólo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- El presente consentimiento podrá ser revocado libremente y por escrito en cualquier momento, y sin expresión de la causa.

Por tanto, AUTORIZO y OTORGO MI EXPRESO CONSENTIMIENTO a Arrecife Bienestar Integral SL a realizar la citada intervención profesional con el/la menor «Paciente: Nombre completo» y a todo lo indicado anteriormente.

He recibido una copia de este documento.

Lo que firmo a efecto oportuno, en, de de 20.....

Firma:

ejecución de un contrato o servicio y/o consentimiento del interesado. Así mismo, se le informa que **no se cederán datos a terceros salvo obligación legal** y que podrá ejercitar los derechos de acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Los datos proceden de **El propio interesado, Representante legal**. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos **enviando un email a:** informacion@arrecifebienestar.com.