

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

(Modalidad presencial y en línea)

Nombre del consultante: _____

Fecha de nacimiento: 14 de octubre de 1979

Fecha de inicio: lunes 16 de febrero del 2026

Nombre de la terapeuta: Perla Azucena Ramírez Ramos

Cédula profesional: 9018610

1. Naturaleza del servicio

La atención psicológica es un proceso clínico orientado a la comprensión profunda de la experiencia emocional, los conflictos inconscientes y los patrones relacionales que influyen en el malestar actual.

El tratamiento se desarrollará principalmente desde un enfoque psicoanalítico, complementado con intervenciones especializadas en:

- Intervención en crisis
- Manejo de trauma psicológico
- Técnicas de reconsolidación de memoria (modelo IFS – Internal Family Systems)
- Técnicas de regulación y desactivación emocional

El proceso puede implicar la exploración de recuerdos, experiencias traumáticas o eventos significativos que podrían generar activación emocional temporal como parte del trabajo terapéutico.

2. Objetivos del proceso terapéutico

El objetivo es favorecer:

- Mayor comprensión de sí mismo/a
- Elaboración de experiencias traumáticas
- Regulación emocional
- Desarrollo de recursos internos
- Reducción del malestar psicológico

No se garantizan resultados específicos, ya que el avance depende de múltiples factores individuales y del compromiso con el proceso. El proceso terapéutico requiere participación activa, honestidad y compromiso por parte del paciente.

3. Modalidad del servicio

El servicio podrá brindarse en modalidad:

- ☐ Presencial
- ☐ En línea (videollamada)

En modalidad en línea:

- Las sesiones se realizarán a través de plataformas digitales acordadas previamente.

Perla Azucena Ramírez Ramos
Psicología Clínica



- El paciente deberá procurar un espacio privado, seguro y libre de interrupciones.
- Se utilizarán medios digitales con medidas razonables de seguridad; sin embargo, existe un riesgo mínimo inherente al uso de tecnología.
- No se permite grabar las sesiones sin consentimiento escrito de ambas partes.
- En caso de fallas técnicas, se intentará restablecer la conexión; si no es posible, la sesión será reprogramada.

4. Confidencialidad

La información compartida durante las sesiones es confidencial y será protegida conforme a:

- Código Ético del Psicólogo en México
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares
- Demás disposiciones legales aplicables

La confidencialidad podrá romperse únicamente en los siguientes casos:

- Riesgo inminente de daño hacia sí mismo/a.
- Riesgo inminente de daño hacia terceros.
- Situaciones de violencia o abuso que deban ser reportadas conforme a la ley.
- Requerimiento de autoridad judicial competente.

5. Intervención en crisis y manejo de riesgo

En caso de identificarse riesgo significativo (ideación suicida activa, riesgo de violencia u otras situaciones de emergencia), podrán implementarse medidas de seguridad que incluyan:

- Contacto con red de apoyo.
- Referencia a servicios médicos o psiquiátricos.
- Activación de servicios de emergencia.

Estas acciones tendrán como finalidad proteger la integridad del paciente o de terceros.

6. Protección de datos personales

Los datos personales y el expediente clínico serán utilizados exclusivamente con fines terapéuticos y administrativos. Serán resguardados con medidas físicas y/o digitales de seguridad adecuadas.

El paciente podrá ejercer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) conforme a la legislación mexicana vigente.

7. Duración, frecuencia y honorarios

Duración de sesión: 60 minutos.

Frecuencia: _____

La duración del proceso varía según las necesidades individuales y el compromiso con el trabajo terapéutico.

Costo por sesión: \$650.00 MXN. (precio vigente durante 2026)

Las cancelaciones deberán realizarse con al menos 24 horas de anticipación.

De lo contrario, podrá cobrarse la sesión, salvo situaciones de fuerza mayor.

Perla Azucena Ramírez Ramos
Psicología Clínica



8. Consentimiento

Declaro que:

- He leído y comprendido la información anterior.
 - Entiendo la naturaleza del enfoque terapéutico y las técnicas que pueden emplearse.
 - He tenido oportunidad de realizar preguntas.
 - Acepto voluntariamente iniciar el proceso terapéutico en la modalidad acordada.
-

Nombre y firma del paciente:

Fecha: _____

Firma de la terapeuta:

