

CONSENTIMIENTO INFORMADO (USUARIO ESTUDIANTE)
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Universitarios
(CENDHIU)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Xalapa, Ver. a _____

Por medio del presente documento se me dan a conocer los lineamientos de la atención psicológica como estudiante de la Universidad Veracruzana.

En forma voluntaria consiento que la psicóloga responsable de salud mental en el CEnDHIU _____ me brinde la atención psicológica; entiendo que es mi responsabilidad asistir y comprometerme en este proceso personal; ésta es gratuita y confidencial y consiste en un proceso de acompañamiento emocional, mediante la evaluación, diagnóstico, intervención con técnicas determinadas para la consecución de una meta específica, y remisión oportuna.

Se me ha explicado que consta de cinco a seis sesiones de duración de 45 min., con modalidad de asesoría breve y de emergencia; se puede extender hasta ocho sesiones en los casos que se requiera, con la finalidad de resolver y desarrollar habilidades para la vida; así como, mejorar o mantener mi salud mental.

Se me ha hecho saber que las citas son asignadas a disponibilidad de la agenda, las cuales podrán ser canceladas por parte de la psicóloga presencialmente o con previo aviso vía telefónica o correo electrónico; en caso de que yo tenga que cancelar la cita previamente agendada, tengo que dar aviso con 24 horas de anticipación, al mismo tiempo solicitar que se me reagende.

Comprendo que al cumplir con las sesiones requeridas y en caso de ser necesario tendré un seguimiento a un mes, seis meses y un año, a través de llamada telefónica o correo electrónico para valoración psicológica.

Los riesgos tomados en cuenta para la asesoría psicológica dependerán de distintas situaciones, como en el caso de recaídas debido al abandono de las sesiones o durante éstas debido a factores emergentes, que no funcione o por complicaciones emocionales durante las mismas.

También se me ha informado que se establecerán las condiciones humanas y éticas mediante las cuales se reserva el derecho de atención por cuestiones de competencias y de seguridad del equipo de trabajo; sin embargo, se me recomendará a otra instancia en atención al derecho a la salud.

Cuando yo...

- a) presente problemas psiquiátricos de marcado deterioro, problemas médicos o de orden jurídico.
- b) acuda embriagado o bajo el efecto de algún tipo de sustancia psicoactiva
- c) reciba atención privada o en otra dependencia.
- d) presente nexos con el crimen organizado.
- e) se refiera a otra instancia de acuerdo con la especialidad requerida (seguimiento y contención).
- f) presente tres faltas de manera consecutiva en las citas previamente programadas (habiendo cancelado o no la cita).
- g) presente un comportamiento desafiante, con falta de propiedad o respeto (gritos, amenazas o conductas violentas).
- h) solicite nuevamente el servicio de asesoría psicológica antes de seis meses cuando es el mismo motivo de consulta
- i) con baja temporal o definitiva.

En caso de que requiera o solicite atención especializada, se me referirá de manera interna o externa, según sea el caso. Podré solicitar cambio de psicóloga tratante, exponiendo el motivo.

Los datos del expediente serán revelados en las siguientes situaciones; en caso de una referencia a otro servicio de salud, cuando mi vida o la de terceros sea considerada en riesgo o bien cuando una instancia de procuración de justicia emita una orden judicial.

Dicho todo lo anterior, habiendo aclarado mis dudas y conociendo las condiciones y objetivos de la atención.

“Yo, _____, estudiante de la Universidad Veracruzana, _____ (acepto/no acepto) el servicio de asesoría psicológica; en caso de aceptar, me comprometo a asistir y trabajar en las sesiones que sean pertinentes”.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma de la psicóloga