**ANEXO 1**

Planilla de inscripción Prestadores/as categoría PSICOTERAPEUTA

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mat. Profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Área de ejercicio (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLÍNICA |  | EDUCACIONAL |  |
| JURÍDICA |  | LABORAL |  |
| COMUNITARIA |  | OTRO (CUÁL) |  |

1. **Franja etaria de preferencia: (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIÑOS  |  | ADOLESCENTES  |  |
| ADULTOS JÓVENES  |  | ADULTOS  |  |
| PERSONAS MAYORES  |  |  |  |

1. **Dispositivo de Abordaje: (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDIVIDUAL |  | FAMILIA |  |
| PAREJA  |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
|  |  |  |  |

1. **Situaciones Problemática para el abordaje (seleccionar tres ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ABUSO DE SUSTANCIAS |  | ADOPCIONES |  |
| ASI |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
| ABORTO  |  | VIOLENCIA DE GÉNERO |  |
| CASOS JUDICIALIZADOS |  | DISCAPACIDAD |  |
| SEPARACIÓN/DIVORCIO |  | CRISIS DE GÉNERO |  |
| FAMILIA /ORIENTACIÓN A PADRES |  | PSICODIAGNÓSTICO |  |
| ACCIDENTOLOGÍA |  | OVO |  |
| PROBLEMAS APRENDIZAJE |  |  |  |

1. **Marco teórico:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNITIVO |  | PSICOANÁLISIS |  |
| INTEGRATIVO |  | SISTÉMICA |  |
| GESTÁLTICO |  | EXISTENCIALISMO |  |

ANEXO 2

Planilla de inscripción Prestadores/as categoría SUPERVISOR/A

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mat. Profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Área de ejercicio (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLÍNICA |  | EDUCACIONAL |  |
| JURÍDICA |  | LABORAL |  |
| COMUNITARIA |  | OTRO (CUÁL) |  |

1. **Franja etaria de preferencia: (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIÑOS  |  | ADOLESCENTES  |  |
| ADULTOS JÓVENES  |  | ADULTOS  |  |
| PERSONAS MAYORES  |  |  |  |

1. **Dispositivo de Abordaje: (seleccionar dos ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDIVIDUAL |  | FAMILIA |  |
| PAREJA  |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
| PSICODIAGNÓSTICO |  |  |  |

1. **Situaciones Problemática para el abordaje (seleccionar tres ítems como máximo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ABUSO DE SUSTANCIAS |  | ADOPCIONES |  |
| ASI |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
| ABORTO  |  | VIOLENCIA DE GÉNERO |  |
| CASOS JUDICIALIZADOS |  | DISCAPACIDAD |  |
| SEPARACIÓN/DIVORCIO |  | CRISIS DE GÉNERO |  |
| FAMILIA /ORIENTACIÓN A PADRES |  | PSICODIAGNÓSTICO |  |
| ACCIDENTOLOGÍA |  | OVO |  |
| PROBLEMAS APRENDIZAJE |  |  |  |

1. **Marco teórico:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNITIVO |  | PSICOANÁLISIS |  |
| INTEGRATIVO |  | SISTÉMICA |  |
| GESTÁLTICO |  | EXISTENCIALISMO |  |

ANEXO 3

ENTREVISTA DE ADMISIÓN SAC

Fecha: / /

**Datos Personales**

Nombre y Apellido del consultante: ……………………………………………………………………………………………………………

Edad: ………… Fecha Nac.: ……/……/………Lugar: ………………..………………………...

Estado Civil: …………………………Nº DE CUIL/CUIT: …………………………….…………….

Teléfonos: ………………………………….

Domicilio: …………………………………………………… Localidad: …………………………….

Ocupación: ………………………………………………………………………….………………………………..

Nivel de Estudios: …………………………………………………………………………………………….……………...

**Nombre de quién lo acompaña**: ……………………………………………………………………………………………………………

Vínculo: ……………………………………………………………….

**Causas Judiciales Civiles/Penales/Comerciales**:

Cuáles: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Tratamientos anteriores**:

………………………………………………………………………………………………………….

Motivo de consulta: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Duración: ………………………………….. Tipo de alta: …………………………………………

**Motivo de consulta actual:**

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

**Derivado por:** ………………………………………………………………………………………

**Composición Familiar**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **PARENTESCO** | **EDAD** | **CONTACTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Antecedentes clínicos:** (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Toma alguna medicación? ¿cual? |  | Adicciones a sustancias, alcohol, tabaco, etc |  |
| Dificultad para dormir |  | Trastorno de alimentación |  |
| Enf. Neurológicas |  | Enf. Infecciosas Crónicas |  |
| Enf. Epilépticas |  | internaciones ¿por qué motivo? |  |
| Antecedentes familiares de enfermedades mentales (intento de suicidio, depresión, ansiedad, etc…) | Fecha último control médico: |  |

**¿Recibe usted o algún familiar conviviente alguna beca, subsidio o plan estatal?**



**Vivienda:**

|  |  |
| --- | --- |
| Propia  | Alquilada  |
| Otros  |  |

**Otros datos relevantes**

…………………………………………………………………………..…………..……………………

…………………………………………………………………………..…………..……………………

**Consignar si es admitido/a y los motivos** …………………………………………………….…………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

Firma y sello

ANEXO 4

BONOS DE ASISTENCIA - PROFESIONAL

FECHA ……/……

**BONO S.A.C.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL/DE LA CONSULTANTE:

……………………………………………………………………………………………………………

EDAD: …………………. TELÉFONO: ……………………………………………………….

**ACOMPAÑAMIENTO-ABORDAJE:** (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

* Individual
* Pareja
* Familia
* Psicodiagnóstico
* Institucional-Organizacional
* Supervisión

CANTIDAD: ……….. $ …….………….. REC. Nº: ………..

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

ANEXO 4

FICHA SAC



SOLICITANTE DE ATENCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE……………………………………………………………….

EDAD: ………

DNI: ……………………………………………………………………………………..

TELÉFONO: ……………………………………………………………………………

TIPO DE ATENCIÓN ………………….………………………………………………

DERIVADO POR:

PRESTADOR/A ………………………………………………………………………….

SISTEMA SAC ………………………………………………………………………...

OTRA INST. ……………………………………………………………………………

PRESTADOR/A

LIC. ……………………………………………………… M.P …………………….

EMAIL: ……………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | GASTOS |
| ENERO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FEBRERO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MARZO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ABRIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MAYO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JUNIO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JULIO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AGOSTO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SEPTIEMBRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OCTUBRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOVIEMBRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DICIEMBRE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ANEXO 5

CONVENIO DE PRESTACIÓN

**CONTRATO DE ADHESIÓN AL SERVICIO DE ASISTENCIA A LA COMUNIDAD (S.A.C.)**

Entre el Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito X – representado para este acto por el/la ................................................................................... en carácter de Coordinador del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), con domicilio en la calle Castelli 3745 de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires, denominado en adelante la “*Comisión S.A.C.*” por una parte y por la otra el/la Lic. ................................................................................... quien acredita su identidad con el D.N.I. Nº ............................................... Matrícula Provincial Nº .................................. del Distrito X, inscripto en la AFIP. bajo Nº de C.U.I.T. .......................................................... y para el Impuesto a los Ingresos Brutos bajo el Nº ......................................................................, con domicilio en la calle .................................................................... de la Localidad de .......................................... denominado en adelante “EL/LA PRESTADOR/A”, convienen en celebrar el presente contrato de adhesión que se regirá por las cláusulas y condiciones que a continuación se pactan de común acuerdo:

**PRIMERA**: “EL/LA PRESTADOR” en su carácter de Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología y como profesional independiente y autónomo/a se compromete a brindar servicios de atención psicológica a quienes requieran incorporarse al Sistema de Atención a la Comunidad, siendo responsable de cada prestación el profesional actuante.

**SEGUNDA**: “EL/LA PRESTADOR/A” concertará libremente con el/la consultante los días y horas de atención, siendo requisito esencial y condicionante de aquellos, el acreditar el pago previo de la prestación mediante un bono S.A.C.

**TERCERA**: “EL/LA PRESTADOR/A” retendrá en su poder el bono que le entregará el paciente, el cual será el único documento válido para la facturación de sus honorarios profesionales. Los bonos serán presentados para su cobro en la Administración del Colegio de acuerdo a las fechas que administrativamente se determinen. “EL/LA PRESTADOR/A” deberá colocar en los bonos la fecha de la presentación, firmar y sellar los mismos.

**CUARTA**: “EL/LA PRESTADOR/A” realizará las prestaciones a que se obliga por el presente contrato de adhesión con sujeción a los Valores Arancelarios fijados en U.P. (unidades psicológicas) en el NOMENCLADOR que figura en el Anexo I, el que forma parte integrante del presente.

**QUINTA**: “EL/LA PRESTADOR/A” se abstendrá del cobro directo de suma alguna, plus o excedente a los establecidos en la cláusula anterior, por cualquier concepto, al paciente.

**SEXTA**: “EL/LA PRESTADOR/A” brindará un tiempo mínimo de atención de acuerdo a lo establecido en el Anexo I.

**SÉPTIMA**: El presente contrato de adhesión tendrá vigencia por el término de un año contado a partir de la fecha de su firma, prorrogándose automáticamente por períodos similares y habiendo realizado su reinscripción anual si no mediare denuncia del mismo por alguna de las partes.

**OCTAVA**: Cualquiera de las partes podrá en cualquier momento rescindir el presente contrato de adhesión con invocación de causa, debiendo cumplimentar como requisito previo la comunicación fehaciente. En caso de rescisión, cualquiera sea la causa, la prestación de servicios de atención psicológica será mantenida en las condiciones pactadas por el plazo de los 30 (treinta) días.

**NOVENA**: Las partes se comprometen a suscribir las cláusulas adicionales o anexos del presente que sean necesarios para el mejor funcionamiento operativo de las relaciones emergentes del contrato de adhesión.

**DÉCIMA**: El Distrito X del Colegio de Psicólogas y Psicólogos practicará sobre los pagos que efectúe en concepto de honorarios profesionales las retenciones que surjan de la aplicación de las leyes impositivas vigentes, sean nacionales o provinciales, debiendo hacer entrega a “EL/LA PRESTADOR/A” del certificado de retención correspondiente.

**UNDÉCIMA**: Ambas partes hacen constar que el/la Lic. .................................. realiza esta prestación en su carácter de profesional autónomo, encontrándose en consecuencia a su exclusivo cargo efectivizar los aportes que correspondan.

**DÉCIMOSEGUNDA**: las partes acuerdan y firman conjuntamente el ANEXO I, II y V (Contrato de Adhesión al servicio SAC, Reglamento SAC), el que forma parte integrante del presente contrato de adhesión, constituyendo con éste un único instrumento.

**DECIMOTERCERA**: Las partes constituyen domicilios especiales a los efectos del presente en los indicados en el encabezamiento, donde se tendrán por válidas todas las comunicaciones, notificaciones y/o intimaciones que deban cursarse derivadas de este contrato de adhesión.

En prueba de conformidad, previa lectura y ratificación, se firman del presente dos (2) ejemplares de un mimo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Mar del Plata, a los............... del mes de................................................................... de........................ .

**ANEXO I**

**NOMENCLADOR S.A.C**

**BONO DE CONSULTA:**

 **Entrevista de Admisión**  5 U.P. **$875.-**

 **Individual** (mínimo 30 minutos) 5 U.P. **$875.-**

 **Familia** (mínimo 60 minutos) 9 U.P. **$1575.-**

 **Pareja** (mínimo 60 minutos) 9 U.P. **$1575.-**

 **Supervisión** (mínimo 60 minutos) 6 U.P. **$1050.-**

**PSICODIAGNÓSTICO:** (mínimo 3 entrevistas)

 **Psicodiagnóstico** (individual/educacional/vocacional) 30 U.P. **$5250.-**

**DIAGNÓSTICO HABILITACIÓN LABORAL:**

 **Institucional/ Organizacional** (Mínimo 2 entrevistas) 10 U.P. **$1750.-**

**Gastos administrativos:**

**Solicitante atención. Por mes.** 1 U.P. **$175.-**

ANEXO VI

MODELO DE INFORME DIGITAL - (PARA PROFESIONAL ASIGNADO)

Fecha: / /

**Datos Personales**

Nombre y Apellido del consultante: ………………………………………………………………………………………………………Edad: ………… Fecha Nac.: ……/……/………Lugar…………..………………………...

Estado Civil: …………………………Nº DE CUIL/CUIT: …………………………….………

Teléfonos: ………………………………….

Domicilio: ……………………………………………… Localidad: …………………………….

Ocupación: ………………………………………………………………………….…………………….

Nivel de Estudios: …………………………………………………………………………………………….…………

**Nombre de quién lo acompaña**: ………………………………………………………………………………………...

Vínculo: ……………………………………………………………….

**Causas Judiciales Civiles/Penales/Comerciales**:

Cuáles: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Tratamientos anteriores**:

Motivo de consulta: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Duración: ………………………………….. Tipo de alta: ……………………………………

**Motivo de consulta actual:**

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………**Derivado por:** ……………………………………………………………………………………**Composición Familiar**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **PARENTESCO** | **EDAD** | **CONTACTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Antecedentes clínicos:** (MARCAR LO QUE CORRESPONDA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Toma alguna medicación? ¿cual? |  | Adicciones a sustancias, alcohol, tabaco, etc |  |
| Dificultad para dormir |  | Trastorno de alimentación |  |
| Enf. Neurológicas |  | Enf. Infecciosas Crónicas |  |
| Enf. Epilépticas |  | internaciones ¿por qué motivo? |  |
| Antecedentes familiares de enfermedades mentales (intento de suicidio, depresión, ansiedad, etc…) | Fecha último control médico: |  |

**¿Recibe usted o algún familiar conviviente alguna beca, subsidio o plan estatal?**





**Vivienda:**

|  |  |
| --- | --- |
| Propia  | Alquilada  |
| Otros  |  |

**Otros datos relevantes**

…………………………………………………………………………..…………..………………

…………………………………………………………………………..…………..………………

**Consignar si es admitido/a y los motivos** …………………………………………………….……………………………..

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**Tratamientos anteriores**:

Motivo de consulta: ……………………………………………………………………………………………………………

Duración: …………………………….. Fecha de alta: …………………………………………..

**Derivado por:** ……………………………………………………………………………………………………………

**Motivo de consulta actual:** …………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Sugerencia de acuerdo a la entrevista de Admisión:**

***Área correspondiente***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CLÍNICA |  | EDUCACIONAL |  |
| JURÍDICA |  | LABORAL |  |
| COMUNITARIA |  | OTRO (CUÁL) |  |

***Franja etaria***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIÑOS  |  | ADOLESCENTES  |  |
| ADULTOS JÓVENES  |  | ADULTOS  |  |
| PERSONAS MAYORES  |  |  |  |

***Dispositivo de Abordaje:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDIVIDUAL |  | FAMILIA |  |
| PAREJA  |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
| PSICODIAGNÓSTICO |  |  |  |

***Situaciones Problemática para el abordaje***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ABUSO DE SUSTANCIAS |  | ADOPCIONES |  |
| ASI |  | INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL |  |
| ABORTO  |  | VIOLENCIA DE GÉNERO |  |
| CASOS JUDICIALIZADOS |  | DISCAPACIDAD |  |
| SEPARACIÓN/DIVORCIO |  | CRISIS DE GÉNERO |  |
| FAMILIA /ORIENTACIÓN A PADRES |  | PSICODIAGNÓSTICO |  |
| ACCIDENTOLOGÍA |  | OVO |  |
| PROBLEMAS APRENDIZAJE |  | OTRO (CUÁL) |  |

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Marco teórico:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNITIVO |  | PSICOANÁLISIS |  |
| INTEGRATIVO |  | SISTÉMICA |  |
| GESTÁLTICO |  | EXISTENCIALISMO |  |

OBSERVACIONES:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Consentimiento informado**: de acuerdo a la normativa vigente, se le informará al paciente el motivo y alcance del presente informe, y demás derechos que le asisten en la Ley 26.529 (Derechos del Paciente), Ley 26657 (Ley de Salud Mental) y concordantes, consintiendo la antes mencionada al presente informe.

**Datos personales** : los presentes datos se resguardan de acuerdo a la Ley Nro. 25326 de Protección de Datos Personales, siendo confidenciales, y para ser utilizados sólo con fines psicoterapéuticos.

 ………………………………………………………..

Firma y Sello Admisor SAC