**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE RIESGOS PARA UNA TERAPIA**

El (La) suscrito (a) **NOMBRE COMPLETO Y DOS APELLIDOS**, cédula de identidad número \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ , **PROFESION U OFICIO, ESTADO CIVIL Y DIRECCIÓN EXACTA** \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
en mi calidad personal (   )   como representante del (de la) menor de edad ( ) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_

**DECLARO:**

Que el Profesional\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ me ha explicado que he de recibir un tratamiento Terapéutico que comprende\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_, y que podría ser implementado en sesiones presenciales y virtuales, y me ha explicado y aclarado, en un vocabulario que me es comprensible, la naturaleza, alcance, y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del tratamiento antes indicado.

Entre las posibles complicaciones, secuelas, trastornos, riesgos o molestias pre-, trans- o post-tratamiento, se me ha informado con detalle y claridad, las siguientes:
\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_

Declaro que en caso de que se presenten las anteriores complicaciones, acepto las consecuencias y riesgos mencionados y los que se señalen como derivados del tratamiento realizado, porque entiendo, según se me ha explicado por parte del profesional, que éste no puede garantizar el resultado del tratamiento.

Cualquier nota o aclaración adicional se escribirá al reverso de este folio o en pliego separado, que en todo caso se adherirá al presente y se aprobará siempre con la firma del usuario o persona responsable.

También declaro que el profesional me ha explicado en qué supuestos se podría recibir parte del tratamiento por medio de sesiones virtuales, pero que siempre y en todo caso, yo, en mi condición de usuario, podría negarme a esas sesiones virtuales y solicitar que se lleven a cabo en forma presencial.

**DURACIÓN APROXIMADA DEL TRATAMIENTO:**

Está previsto que el tratamiento indicado tardará aproximadamente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sesiones, sin embargo, igualmente entiendo que el tratamiento puede prolongarse por más tiempo, durante el cual podré tener sesiones presenciales como virtuales, según la programación de las citas.

**INSTRUCCIONES DEL TERAPEUTA:**

Entiendo que de no seguir las instrucciones que el Profesional\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ me ha indicado, el tratamiento puede no obtener el éxito esperado o pueden surgir complicaciones que ameriten otras terapias, sin que ello implique que los anteriores se han llevado a cabo erróneamente o sin la debida capacidad técnico-científica requerida.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

En tales condiciones:

**CONSIENTO**
Que se me den los tratamientos terapéuticos especificados al principio de este documento.

En\_ \_ \_ \_ \_ el día \_ \_ del mes de \_ \_ \_ \_ de 20\_ \_

Firma del usuario o representante legal: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Firma del profesional\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Testigo\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_