



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONDICIONES DEL SERVICIO

DECLARO Y MANIFIESTO QUE:

1. PARTICIPACIÓN EN EL SERVICIO

Consiento voluntariamente mi participación en el servicio de psicología online o presencial prestado por ANTARES PSICOLOGIA, S.C.A.

2. CONDICIONES ECONÓMICAS

He sido informado/a de los honorarios del servicio, que siempre pueden consultarse actualizados en: <https://antarespsicologia.es/tarifas/>.

3. FORMA Y MOMENTO DEL PAGO

El pago debe realizarse con un mínimo de 24 horas de antelación a la cita.

La sesión solo comenzará una vez el profesional haya confirmado la recepción del pago.

Los medios de pago aceptados son transferencia bancaria o, excepcionalmente, tarjeta. Más información en: <https://antarespsicologia.es/primeros-pasos/>.

4. POLÍTICA DE CANCELACIONES Y REEMBOLSOS

Cancelación con más de 24 horas de antelación: Reembolso del 100% del importe sin necesidad de justificación.

Cancelación dentro de las 24 horas previas a la cita: Reembolso del 50% del importe, tanto si cancela el cliente como si este no se presenta en los primeros 15 minutos de la sesión (independientemente del motivo).

En caso de impago: Autorizo al psicólogo y al representante legal de Antares Psicología S.C.A. a contactarme para resolver la situación y, si fuera necesario, a emprender las acciones legales oportunas.

5. PARTICIPACIÓN DE TERCEROS

El psicólogo podrá solicitar mi consentimiento para la participación de allegados (familiares, amigos, pareja, etc.) o profesionales colaboradores (coterapeutas, supervisores, etc.) cuando lo estime conveniente para el tratamiento.

Esta participación nunca será obligatoria y requerirá mi autorización expresa.

6. INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA

Seré informado/a en todo momento de los procedimientos, técnicas e intervenciones que se vayan a realizar antes de su aplicación.

El psicólogo solicitará mi consentimiento previo y no llevará a cabo ninguna intervención sin mi autorización.



El profesional no ocultará información, intenciones ni cualquier asunto relevante para mi tratamiento.

7. MEDIOS TÉCNICOS UTILIZADOS

El servicio se prestará mediante videoconferencia a través de Google Meet o presencialmente (si aplicara).

Las políticas de privacidad, protección de datos, aviso legal y uso de cookies de Google Meet pueden consultarse en: <https://meet.google.com/>.

Soy consciente de las vulnerabilidades de privacidad inherentes al uso de Internet y de plataformas de terceros, y reconozco que el psicólogo no es responsable de perjuicios causados por accesos no autorizados o brechas de seguridad ajenas al servicio (hackeos, interceptaciones, etc.).

El psicólogo dispone de los medios físicos e informáticos necesarios, así como de conocimientos técnicos de nivel usuario, para garantizar razonablemente la confidencialidad y el secreto profesional.

8. TRATAMIENTO Y CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN

Toda información recogida tiene como única finalidad facilitar y mejorar la prestación del servicio de telepsicología.

El psicólogo adoptará las medidas técnicas y organizativas necesarias para proteger la información conforme a la normativa vigente de protección de datos.

Puedo guardar cualquier información relacionada con mi proceso psicoterapéutico online. Al tratarse de información personal sensible, asumo la responsabilidad de extremar las medidas de seguridad en su custodia.

9. CONFIDENCIALIDAD Y SUS LÍMITES LEGALES

El psicólogo está sujeto al deber de confidencialidad profesional.

Excepción: Si el psicólogo estima que existe riesgo grave e inminente para mi salud o la de un tercero, se reserva el derecho y la obligación legal de:

- Contactar con las autoridades competentes (servicios de emergencia, fuerzas de seguridad, servicios sanitarios).
- Contactar con mi persona de contacto designada.

Facilitar la información estrictamente necesaria para prevenir el daño.

10. VALORACIÓN PREVIA Y ADECUACIÓN DEL SERVICIO

He mantenido un contacto previo con el psicólogo en el que se ha valorado:

- La idoneidad del formato online para mi situación particular.
- Los mecanismos de contingencia adecuados.
- La calidad de la conexión y equipos informáticos necesarios.



11. LIMITACIONES DE LA TERAPIA ONLINE

He sido informado/a de que la psicoterapia online presenta diferencias y limitaciones respecto a la terapia presencial que pueden influir en el desarrollo del tratamiento sin que tales diferencias perjudiquen su eficacia general.

12. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En cualquier momento puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de datos, conforme a lo establecido en:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD)
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD)

13. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento:

- ANTARES PSICOLOGIA, S.C.A.
- Correo de contacto: contacto@antarespsicologia.es.

Finalidades del tratamiento:

- Prestación de servicios sanitarios y mantenimiento del historial clínico.
- Gestión comercial (facturación).
- Comunicación a través de correo electrónico y WhatsApp.

Comunicación de datos:

- No se comunicarán datos personales a terceros, salvo obligación legal.

Conservación de datos:

- Los datos serán conservados mientras sean necesarios para la prestación del servicio y el cumplimiento de las obligaciones legales.
- Serán suprimidos cuando dejen de ser necesarios para dichas finalidades.

Ejercicio de derechos:

- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perjuicio alguno.
- Puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de datos contactando con el responsable del tratamiento.
- Tengo derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es, c/ Jorge Juan, nº6, 28001, Madrid).



14. CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE 16 AÑOS

En caso de que el/la usuario/a del servicio sea menor de 16 años, el presente consentimiento deberá ser firmado por ambos progenitores o tutores legales en la última página.

Los progenitores o tutores legales manifiestan:

- Ostentar la patria potestad o tutela del/la menor
- Prestar su consentimiento para el tratamiento psicológico del/la menor
- Autorizar el tratamiento de los datos personales del/la menor conforme a lo establecido en este documento
- Haber sido informados de las condiciones del servicio y aceptarlas en nombre del/la menor

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

Yo, D./Dña.: _____

con DNI/NIE: _____

Manifiesto que:

- Estoy conforme con lo expuesto en el presente documento.
- Autorizo el tratamiento de mis datos personales en los términos indicados.
- He leído y comprendido toda la información.
- He podido preguntar y aclarar todas mis dudas.
- Tomo consciente y libremente la decisión de prestar mi consentimiento.
- Soy consciente de que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Firma:

En _____, a _____ de _____ de 20__.

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección completa: _____



DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD - SOLO PARA MENORES DE 16 AÑOS

Datos del/la menor:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE (si dispone):

Fecha de nacimiento:

Firma del progenitor/tutor 1:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Firma:

Firma del progenitor/tutor 2:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

Firma: