

CONSULTA CLARA · SISTEMA CLÍNICO

Encuadre y consentimientos

La base ética y legal de tu práctica online



CREADO POR

Emily Lima López

Psicóloga clínica · Terapeuta familiar · Autora

Índice completo

ENCUADRE Y CONSENTIMIENTOS

A2-01	Consentimiento informado para atención online	4
A2-02	Acuerdo terapéutico: honorarios y encuadre	6
A2-03	Política de cancelación, retrasos e inasistencias	8
A2-04	Consentimiento para atención de menores de ed...	9
A2-05	Consentimiento para terapia de pareja y familia	11
A2-06	Autorización para compartir información	13
A2-07	Aviso de privacidad y protección de datos	15
A2-08	Acuerdo de comunicación entre sesiones	17

02

Encuadre y consentimientos

La base ética y legal de tu práctica online

- Consentimiento informado para atención online
- Acuerdo terapéutico: honorarios y encuadre
- Política de cancelación, retrasos e inasistencias
- Consentimiento para atención de menores de edad
- Consentimiento para terapia de pareja y familia
- Autorización para compartir información
- Aviso de privacidad y protección de datos
- Acuerdo de comunicación entre sesiones

Consentimiento informado para atención online

Atención psicológica por videollamada · documento para firma del paciente

NOTA PARA EL PROFESIONAL Envíalo antes de la primera sesión y repásalo verbalmente al inicio, resolviendo dudas. Guarda una copia firmada en el expediente. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

DATOS

Nombre del paciente

Documento de identidad

Fecha de nacimiento

País y ciudad de residencia

Profesional

N.º de registro / colegiatura

1. NATURALEZA DEL SERVICIO

Acepto recibir atención psicológica en modalidad online, a través de videollamada en la plataforma [plataforma]. La psicoterapia es un proceso colaborativo cuyo objetivo es comprender y aliviar el malestar y promover cambios. Sus resultados dependen de múltiples factores y no pueden garantizarse. Puede implicar hablar de temas dolorosos y experimentar malestar temporal.

2. PARTICULARIDADES DE LA ATENCIÓN ONLINE

- Beneficios: accesibilidad, continuidad y comodidad desde cualquier lugar.
- Limitaciones: posibles fallos técnicos, menor acceso a señales no verbales y menor capacidad de respuesta inmediata ante una crisis.
- Riesgos para la privacidad inherentes a internet; la profesional utiliza medios con medidas de seguridad razonables.
- La atención online puede no ser adecuada en situaciones de riesgo elevado; en ese caso se recomendará atención presencial o especializada.

3. MIS COMPROMISOS COMO PACIENTE

- Conectarme desde un espacio privado y no grabar las sesiones sin acuerdo escrito.
- Informar al inicio de cada sesión el lugar donde me encuentro.
- Proporcionar un contacto de emergencia y datos veraces.
- Entender que los mensajes o correos no son un medio de atención de urgencias.

4. CONFIDENCIALIDAD Y SUS LÍMITES

Todo lo compartido en sesión es confidencial. Esta confidencialidad puede romperse únicamente cuando exista riesgo grave para mi vida o la de terceros, sospecha de maltrato a menores o personas vulnerables, requerimiento judicial, o cuando yo lo autorice por escrito. La profesional puede consultar casos en supervisión clínica sin datos que me identifiquen.

5. PLAN ANTE EMERGENCIAS Y FALLOS TÉCNICOS

Si la conexión se interrumpe, la profesional intentará reconectar y, de no lograrlo en 5 minutos, llamará al teléfono indicado. En caso de riesgo, podrá contactar a mi persona de emergencia o a los servicios de emergencia de mi localidad.

Teléfono alternativo del paciente

Dirección habitual durante las sesiones

Contacto de emergencia (nombre y relación)

Teléfono del contacto de emergencia

6. REGISTROS, HONORARIOS Y FINALIZACIÓN

La profesional mantendrá una historia clínica protegida, conservada durante el tiempo que establezca la normativa aplicable. Los honorarios y la política de cancelación se detallan en el Acuerdo terapéutico. Puedo finalizar la terapia en cualquier momento; se recomienda una sesión de cierre.

DECLARACIÓN

- ☐ He leído y comprendido este documento y he podido hacer preguntas.
- ☐ Doy mi consentimiento libre e informado para recibir atención psicológica online.
- ☐ Autorizo el uso de mi contacto de emergencia en caso de riesgo para mi vida o integridad.

Lugar

Fecha

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Acuerdo terapéutico: honorarios y encuadre

Condiciones de trabajo, pagos y compromisos mutuos

NOTA PARA EL PROFESIONAL Completa los campos antes de enviarlo y revisalo con el paciente en la primera sesión. Un encuadre claro previene malentendidos y protege la relación terapéutica. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

Paciente

Profesional

Fecha de inicio

Modalidad (individual, pareja, familia)

ENCUADRE DE LAS SESIONES

Duración de cada sesión (min)

Frecuencia (semanal, quincenal...)

Día y hora habitual

Zona horaria de referencia

Plataforma de videollamada

Teléfono de respaldo

HONORARIOS Y PAGOS

Honorario por sesión (monto y moneda)

Honorario primera sesión / evaluación

Forma de pago (transferencia, tarjeta, PayPal...)

Datos o enlace de pago

Momento del pago (prepago, al reservar, mensual)

Plazo para pagar antes de la sesión

Paquetes o bonos (si aplica)

Emisión de comprobante / factura

- Si el pago es por adelantado, la cita se confirma al recibir el pago.
- Las comisiones bancarias o de cambio de moneda corren por cuenta de [paciente / profesional].
- Los honorarios podrán actualizarse con un aviso previo de [30] días.
- Los informes escritos, certificados o reuniones con terceros se presupuestan aparte.

COMPROMISOS MUTUOS

- **La profesional se compromete a:** puntualidad, confidencialidad, un espacio privado y profesional, revisar periódicamente los objetivos y avisar con antelación de ausencias o vacaciones.
- **El paciente se compromete a:** asistir puntualmente, conectarse desde un espacio privado, avisar cancelaciones según la política acordada y pagar en los plazos establecidos.

OBJETIVOS INICIALES ACORDADOS *Se revisarán cada [8] sesiones aproximadamente*

- ☐ He recibido y acepto la Política de cancelación, retrasos e inasistencias.
- ☐ He recibido y acepto el Acuerdo de comunicación entre sesiones.
- ☐ Acepto las condiciones de este acuerdo.

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Política de cancelación, retrasos e inasistencias

Reglas claras para cuidar el espacio terapéutico

NOTA PARA EL PROFESIONAL Envíala junto con el acuerdo terapéutico y aplícala con coherencia y amabilidad. Puedes decidir excepciones por causas de fuerza mayor. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

El horario de tu sesión está reservado exclusivamente para ti. Esta política busca proteger ese espacio y la continuidad del proceso, y permite ofrecer los horarios libres a otras personas.

CANCELACIÓN Y CAMBIO DE CITA

- Puedes cancelar o reprogramar sin costo con al menos **[24] horas** de anticipación.
- Las cancelaciones con menos de [24] horas se cobran al **[100 %]** del valor de la sesión.
- Reprogramaciones: sujetas a disponibilidad, dentro de la misma semana o la siguiente cuando sea posible.
- Avisa por [WhatsApp / correo]. El aviso cuenta desde que se envía el mensaje, según la hora de la profesional.

RETRASOS

- Si llegas tarde, la sesión termina a la hora prevista y se cobra completa.
- Pasados **[15] minutos** sin conexión ni aviso, la sesión se considera inasistencia.
- Si la profesional se retrasa, se recupera el tiempo o se descuenta proporcionalmente.

INASISTENCIAS SIN AVISO

- Se cobran al **[100 %]** del valor de la sesión.
- Tras **[2]** inasistencias sin aviso, se revisará en conjunto la continuidad o el horario del proceso.
- Si trabajas con prepago, la sesión se considera utilizada.

PROBLEMAS TÉCNICOS

- Si la falla es de la profesional y no puede resolverse, la sesión se reprograma sin costo.
- Si la falla es del paciente, se intentará continuar por teléfono; el tiempo perdido no se recupera.

EXCEPCIONES

Enfermedad súbita, emergencias familiares u otras causas de fuerza mayor se valorarán de forma individual. Por parte de la profesional, las ausencias programadas se avisarán con al menos **[2]** semanas de antelación.

☐ He leído y acepto esta política de cancelación, retrasos e inasistencias.

Nombre del paciente

Fecha

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Consentimiento para atención de menores de edad

Autorización de padres, madres o tutores legales

NOTA PARA EL PROFESIONAL Obtén la firma de quienes ejercen la patria potestad o tutela, según lo exija la normativa (en muchos casos, de ambos progenitores). Explica la confidencialidad al menor con palabras adaptadas a su edad. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

DATOS DEL MENOR

Nombre del menor

Fecha de nacimiento / edad

Escuela / curso

País y ciudad

DATOS DE PADRES, MADRES O TUTORES

Nombre (responsable 1)

Documento de identidad

Relación con el menor

Teléfono y correo

Nombre (responsable 2)

Documento de identidad

Relación con el menor

Teléfono y correo

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

- La atención será online por videollamada en [plataforma]. Un adulto responsable debe estar disponible en el domicilio durante cada sesión, pero fuera de la habitación, salvo que se acuerde otra cosa.
- Podrán realizarse sesiones con el menor, con los padres/tutores o conjuntas, según el criterio clínico.
- Se entregarán devoluciones periódicas a los responsables sobre la evolución general.

CONFIDENCIALIDAD DEL MENOR

Para que el tratamiento funcione, el menor necesita un espacio de confianza. Por eso, los contenidos específicos de sus sesiones serán confidenciales. Los padres/tutores recibirán información general sobre objetivos y avances. La profesional informará a los responsables —y, si corresponde, a las autoridades— cuando exista riesgo para la vida o la integridad del menor o de terceros, o sospecha de maltrato o abuso. Siempre que sea posible, se informará antes al menor.

COMPROMISOS DE LOS RESPONSABLES

- Garantizar un espacio privado, conexión adecuada y puntualidad.
- Participar en las sesiones de orientación cuando se les solicite.
- Informar de cambios relevantes (escuela, salud, familia, medicación).
- No utilizar la información de la terapia en disputas legales sin acuerdo previo con la profesional.

ASENTIMIENTO DEL MENOR

☐ Me explicaron qué es la terapia y cómo funciona, y estoy de acuerdo en participar.

Nombre y firma del menor

Fecha

AUTORIZACIÓN

- ☐ Autorizamos la atención psicológica online del menor en las condiciones descritas.
- ☐ Hemos recibido el consentimiento informado, el acuerdo terapéutico y la política de cancelación.

Firma responsable 1 y fecha

Firma responsable 2 y fecha

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Consentimiento para terapia de pareja y familia

Confidencialidad entre miembros y política de secretos

NOTA PARA EL PROFESIONAL Acuerda la política de secretos antes de cualquier sesión individual con un miembro. Cada participante adulto firma. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

PARTICIPANTES

NOMBRE	RELACIÓN / ROL	PAÍS Y CIUDAD	TELÉFONO	CORREO

NATURALEZA DE LA TERAPIA

En la terapia de pareja o familia, el foco de trabajo es la relación y el sistema, no una persona en particular. La profesional mantendrá una posición neutral y no tomará partido. Las sesiones serán online, por videollamada en [plataforma]; cada participante se conectará desde un espacio privado, juntos o por separado según se acuerde.

SESIONES INDIVIDUALES

Ocasionalmente pueden realizarse sesiones individuales con alguno de los miembros como parte del proceso conjunto. No sustituyen una terapia individual.

POLÍTICA DE SECRETOS (ELEGIR UNA)

- ☐ **Sin secretos:** la información compartida en sesiones individuales puede traerse al espacio conjunto cuando sea relevante para la terapia. La profesional ayudará a hacerlo de forma cuidadosa.
- ☐ **Secretos limitados:** la información individual se mantiene reservada, salvo que su ocultamiento impida el trabajo terapéutico; en ese caso, la profesional pedirá a la persona que lo comparta o evaluará si continuar.

CONFIDENCIALIDAD FRENTE A TERCEROS

- Lo trabajado en sesión es confidencial frente a terceros, con los límites legales habituales (riesgo para la vida, maltrato a menores o personas vulnerables, requerimiento judicial).
- Ningún miembro podrá solicitar informes o registros para uso en procesos judiciales sin el consentimiento escrito de todos.
- Si existiera violencia en la relación, la profesional podrá suspender la terapia conjunta y recomendar otra modalidad.

ACUERDOS DE TRABAJO

- Respetar los turnos de palabra y evitar descalificaciones durante las sesiones.
- No grabar las sesiones ni compartir su contenido fuera del proceso.
- Informar si alguno decide dejar la terapia; se recomienda una sesión de cierre conjunta.

FIRMAS DE LOS PARTICIPANTES

Participante 1 – firma y fecha

Participante 2 – firma y fecha

Participante 3 – firma y fecha

Participante 4 – firma y fecha

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Autorización para compartir información

Comunicación con terceros: médicos, psiquiatras, escuelas u otros profesionales

NOTA PARA EL PROFESIONAL Usa una autorización por cada destinatario. Comparte solo la información mínima necesaria para el fin indicado y registra en la historia cada comunicación realizada. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

PACIENTE

Nombre completo

Documento de identidad

Fecha de nacimiento

Teléfono / correo

AUTORIZO A

Profesional

N.º de registro / colegiatura

A COMPARTIR INFORMACIÓN CON

Nombre del destinatario

Profesión / institución

Teléfono

Correo electrónico

TIPO DE INTERCAMBIO

- ☐ Solo enviar información
- ☐ Solo recibir información
- ☐ Intercambio en ambos sentidos

INFORMACIÓN QUE PUEDE COMPARTIRSE

- ☐ Asistencia y continuidad del tratamiento
- ☐ Motivo de consulta y objetivos terapéuticos
- ☐ Evolución general del proceso
- ☐ Resultados de evaluaciones o informes
- ☐ Información sobre riesgo y plan de seguridad
- ☐ Otra (especificar): _____

FINALIDAD ¿Para qué se comparte la información?

VIGENCIA Y REVOCACIÓN

Válida desde

Válida hasta (fecha o evento)

Esta autorización es voluntaria. Puedo revocarla en cualquier momento por escrito; la revocación no afecta a la información ya compartida. Negarme a firmarla no condiciona mi atención. Entiendo que el destinatario debe tratar la información con confidencialidad.

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Aviso de privacidad y protección de datos

Cómo se recogen, usan y protegen tus datos personales y de salud

NOTA PARA EL PROFESIONAL Completa los datos del responsable y las herramientas que usas realmente. Publica una versión en tu web y entrega esta copia antes de la primera sesión. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre de la profesional

N.º de registro / colegiatura

Correo de contacto para privacidad

País de ejercicio

QUÉ DATOS RECOGEMOS

- Datos de identificación y contacto: nombre, fecha de nacimiento, correo, teléfono, país y ciudad.
- Contacto de emergencia facilitado por ti.
- Datos de salud: información clínica compartida en formularios y sesiones, notas de la profesional.
- Datos de pago necesarios para la facturación (nunca se almacenan datos completos de tarjetas).

PARA QUÉ LOS USAMOS

- Prestarte atención psicológica y mantener tu historia clínica.
- Gestionar citas, recordatorios, cobros y facturación.
- Actuar en situaciones de riesgo para tu vida o integridad.
- Cumplir obligaciones legales y profesionales.
- No se utilizan con fines publicitarios ni se venden a terceros.

CÓMO LOS PROTEGEMOS

- Plataforma de videollamada: [plataforma]. Las sesiones no se graban.
- Almacenamiento de historias clínicas: [sistema / nube cifrada], con acceso protegido por contraseña y doble verificación.
- Mensajería solo para temas administrativos; no se registra contenido clínico en chats.
- Supervisión clínica, si la hay, sin datos que te identifiquen.

CON QUIÉN PODEMOS COMPARTIRLOS

Solo con tu autorización escrita, o cuando lo exija la ley o exista un riesgo grave e inminente. Algunos proveedores tecnológicos (videollamada, almacenamiento, pagos) pueden tratar datos por cuenta de la profesional y pueden estar ubicados en otros países.

CONSERVACIÓN Y TUS DERECHOS

Los datos se conservan durante el tiempo que exija la normativa aplicable a las historias clínicas y después se eliminan de forma segura. Puedes solicitar acceso, rectificación, supresión cuando proceda, oposición, limitación y portabilidad escribiendo a [correo]. Responderemos en un plazo máximo de [30] días.

☐ He leído el aviso de privacidad y consiento el tratamiento de mis datos, incluidos los de salud, para las finalidades descritas.

Nombre del paciente

Fecha

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional

Acuerdo de comunicación entre sesiones

WhatsApp y correo: qué sí, qué no y tiempos de respuesta

NOTA PARA EL PROFESIONAL Presenta este acuerdo en la primera sesión: los límites claros previenen la dependencia del chat y te protegen del agotamiento. Adapta horarios y canales a tu realidad. Revisa y adapta a la normativa de tu país y a tu colegio profesional.

Entre sesiones podemos mantener contacto para cuestiones prácticas. Este acuerdo aclara cómo usarlo para que el trabajo terapéutico ocurra donde mejor funciona: en la sesión.

CANALES

WhatsApp de la consulta

Correo electrónico

Horario de respuesta (días y horas)

Zona horaria de referencia

PARA QUÉ SÍ USAR LOS MENSAJES

- ☐ Agendar, confirmar, cancelar o reprogramar citas
- ☐ Enviar comprobantes de pago y solicitar facturas
- ☐ Avisar de problemas técnicos o de conexión
- ☐ Enviar tareas o registros acordados en sesión (sin necesidad de respuesta clínica)
- ☐ Dudas prácticas breves sobre un ejercicio

PARA QUÉ NO USAR LOS MENSAJES

- ☐ Situaciones de crisis o emergencia: llama al número de emergencias o acude a urgencias
- ☐ Conversaciones terapéuticas extensas o temas que requieren sesión
- ☐ Audios largos sobre lo que te pasa (se retomarán en la próxima sesión)
- ☐ Comunicarse con la profesional por redes sociales personales

TIEMPOS DE RESPUESTA

- Respondo en un plazo de **[24–48] horas hábiles**, dentro del horario indicado.
- Fines de semana, festivos y vacaciones: no hay respuesta; se avisará con antelación de las ausencias.
- Si un mensaje necesita más que una respuesta breve, te propondré tratarlo en sesión o agendar una sesión adicional.
- Los contactos extra fuera de sesión que superen [10] minutos pueden tener costo, según el acuerdo terapéutico.

EN CASO DE EMERGENCIA

N.º de emergencias de mi país

Línea de crisis / salud mental

Persona de confianza

Teléfono

PRIVACIDAD

Los mensajes y correos no son un medio totalmente seguro. Te recomiendo proteger tu teléfono con clave y no compartir información sensible por escrito. No se reenviará tu información a terceros.

☐ He leído y acepto este acuerdo de comunicación entre sesiones.

Firma y fecha – paciente

Firma y fecha – profesional