Gabinete RCH Psicología

Tratamiento infantil, adultos y parejas

Gabinete RCH Psicología

Calle Jamaica 2A, planta 3, puerta B (29620) Torremolinos

rchpsicologia@gmail.com www.rchpsicologia.com

+34 672137150

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO INTERVENCIÓN/ASESORAMIENTO

Datos adulto 1: D/Dña_____Firma:_____

DNI/NIF:_____ Email:_____

Fecha de nacimiento: Teléfono:

DOMICILIO (incluyendo Municipio y código postal)_____

_____

Datos adulto 2: D/Dña_____Firma:_____

DNI/NIF:_____ Email:_____

Fecha de nacimiento: Teléfono:

DOMICILIO (incluyendo Municipio y código postal)_____

_____

Datos MENOR DE EDAD: Nombre y apellidos_____

DNI/NIF:_____ Fecha de nacimiento: _____

DOMICILIO (incluyendo Municipio y código postal)_____

_____

Colegio y curso (actual o al que va a pasar): ¿Ha repetido curso, cuál?

Marque si autoriza el envío comunicaciones por cualquier medio (email, whatsapp, sms, teléfono), pudiendo ser revocado este consentimiento en cualquier momento por los medios señalados. **SI** **NO**

Marque si autoriza la recogida de anotaciones durante la sesión en cualquier medio incluido audio referentes al tratamiento realizado para la correcta aplicación y seguimiento del mismo. **SI** **NO**

La cuantía de los honorarios por sesión de atención al paciente:

1) Tiene en cuenta principalmente el tiempo y el esfuerzo requerido en el servicio. **Para cada una de las sesiones específicas se aplicarán los precios que establece el Gabinete RCH Psicología y Nutrición,** debido a que el proceso de atención profesional puede variar en función de las necesidades de los objetivos y del paciente.

- *Primera Consulta_____*
- *Siguientes sesiones____*
- *Tests adicionales a las citas, abonados aparte desde 15 euros a 60 euros. Previamente se informará al paciente.*
- *Informes derivados de las consultas 60€*
- *Las videoconsultas deben abonarse por anticipado.*

1.1. Todas las citas deben modificarse o anularse con un margen mínimo de 2 horas antes de la cita para que no se cobre una penalización del 50% o de la cuantía total según caso por ejemplo como con seguro médico.

1.2. **El paciente debe concurrir a la sesión en el horario acordado. Se tendrá una tolerancia de 10 minutos (sin poder recuperarlos en la sesión en caso de llegar tarde) y se deberá abonar la sesión completa. Si no fuese así se contabilizará como realizada y por tanto deberá ser abonado el 50% de la cuantía de la sesión o el 100%** si es de seguro médico por parte del paciente o de su responsable, **con una deuda contraída durante el tiempo legal establecido.**

1.3. La relación contractual finalizará en el caso de que el paciente no asista a 1 sesión sin previo aviso se dará por finalizado el proceso terapéutico y/o de intervención/orientación/asesoramiento y la profesional se encontrará exenta de toda responsabilidad terapéutica/asesoramiento y legal respecto del paciente y su accionar. Teniendo que abonar el paciente su deuda contraída por ausencia.

1.4. Por ello, para los archivos y la comunicación entre paciente y profesional es indispensable que el paciente haga uso del correo electrónico.

2) **Los informes:**

- **De cualquier tipo o los informes periciales que de esta actuación se deriven requerirán ser abonados aparte** para la realización de dicho informe o como información complementaria a las sesiones.

3) Los gastos o servicios extraordinarios a las sesiones:

- Como desplazamientos, sesiones adicionales a terceros, sesiones con otros familiares y otros gastos derivados, serán añadidos.

FIRMA ADULTO 1-2

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: en cumplimiento del deber legal de información establecido en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, y en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se les facilita la siguiente información relativa a los datos personales facilitados:

Responsable del tratamiento	NOMBRE: RASA CHOMICIENE PASTALYTE / NIF: 26774760T DIRECCION: C/JAMAICA, 2A, PLANTA 3, PUERTA B, - 29620 TORREMOLINOS (Málaga). E-mail: rasa.chomiciene@gmail.com. TELEFONO:672137150
Finalidades del tratamiento	Prestar los servicios de Clínica psicología solicitados, así como disponer de un registro de pacientes atendidos en la clínica así como su historial.
Legitimación del tratamiento	Ejecución de un contrato Consentimiento del interesado
Conservación	Sus datos se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales
Destinatarios	Profesionales o colaboradores que puedan prestar servicios en la clínica, en caso de ser necesario para la realización de los servicios o por obligación legal
Derechos	Puede ejercer dº acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición y a presentar una reclamación ante la AEPD.
Procedencia	Del propio interesado o su representante legal
Delegado Protección Datos (DPO)	

El responsable del tratamiento ha adoptado las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal, y garantiza el secreto profesional respecto de los datos conservados, obligación que subsistirá aún después de finalizar su relación con los pacientes.
El titular de los datos personales declara bajo su responsabilidad que los datos consignados en el presente escrito, así como las respuestas vertidas en el mismo y cualquier dato que nos pudiera aportar durante el tratamiento, son fieles y reales en el momento de otorgarse. El centro se compromete a actualizar y modificar los datos en el momento que tenga conocimiento por parte del propio titular del dato, así como el titular de éstos tiene el deber de informar al centro de cualquier modificación sobre los datos que tuviera relevancia para el tratamiento concertado. La información de carácter personal será objeto de tratamiento durante un plazo mínimo de 5 años a partir de la última confirmación de interés.

DERECHOS

Cualquier persona tiene derecho a revocar su consentimiento inicial, a solicitar el acceso a los datos personales que le conciernen, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse a su tratamiento (si hay interés público o interés legítimo) y/o el derecho a la portabilidad de los datos.

En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del titular, el firmante de este documento manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo a las con las finalidades previstas anteriormente. **En el caso concreto de menores de edad, si el titular no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.**

Manifiesto que: **he recibido por parte de la profesional del Gabinete RCH Psicología y Nutrición con NICA 43.723 toda la información necesaria, de forma clara, comprensible y satisfactoria** sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se rigen por el Código Deontológico y que se deriva de la demanda que yo como paciente he formulado. El firmante es informado de cuanto antecede, y otorga al efecto su consentimiento en las finalidades marcadas, tal y como exige el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Puede consultar información adicional dirigiéndose a la clínica.

Entiendo que el secreto profesional puede levantarse por una orden judicial, que también el/la profesional puede efectuar interconsultas cuando el caso así lo requiere y recomendar internación y revelación de información cuando la vida del paciente o terceros corra peligro o así lo requiera.

En TORREMOLINOS a ..... de ..... de 202..... Firma Psicóloga

Nombre, apellidos y firma ADULTO 1

Nombre, apellidos y firma ADULTO 2

RESUMEN HOJA DE INFORMACIÓN

- Todas las citas deben **modificarse o anularse con un margen mínimo de 2 horas antes de la cita** para que no se cobre una penalización del 50% o de la cuantía total según caso por ejemplo como con seguro médico.
- **El paciente debe concurrir a la sesión en el horario acordado. Se tendrá una tolerancia de 10 minutos (sin poder recuperarlos en la sesión en caso de llegar tarde) y se deberá abonar la sesión completa. Si no fuese así se contabilizará como realizada y por tanto deberá ser abonado el 50% de la cuantía de la sesión o el 100%** si es de seguro médico por parte del paciente o de su responsable, **con una deuda contraída durante el tiempo legal establecido.**
- La cuantía de los honorarios por sesión de atención al paciente:
  - *Primera Consulta_____*
  - *Siguientes sesiones____*
  - *Tests adicionales a las citas, abonados aparte desde 15 euros a 60 euros. Previamente se informará al paciente.*
  - *Informes derivados de las consultas 60€*
  - *Las videoconsultas deben abonarse por anticipado.*