

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO - Menores de edad, mayores de 16 años**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de 16 años, con  
DNI \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_,  
actuando en mi propio nombre manifiesto que:

He recibido de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, psicólogo Colegiado \_\_\_\_\_, n.º CM \_\_\_\_\_, toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que he formulado, y que este proceso está sujeto al secreto profesional y al resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y en las diferentes normas de deontología profesional de la Psicología.

Así mismo se me ha informado de que:

- Como profesional, tiene la obligación legal de informar a mis progenitores/tutores legales del hecho e inicio de esta intervención, manteniendo la confidencialidad del resto de la información, salvo en los casos que se describen en el siguiente párrafo.
- Como profesional, tiene la obligación legal de revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo grave para mí o terceras personas, si tuviera conocimiento de la comisión actual o futura de un delito contra mí mismo/a u otras personas, o bien porque así fuera ordenado judicialmente; en este último caso, se proporcionará sólo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- Tengo, como cliente, el derecho de interrumpir la intervención cuando desee.
- El presente consentimiento podrá ser revocado libremente y por escrito en cualquier momento, y sin expresión de la causa

Por tanto, AUTORIZO y OTORGO MI EXPRESO CONSENTIMIENTO a D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ a realizar la citada intervención profesional y a todo lo indicado anteriormente.

He recibido una copia de este documento

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Fdo: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
Psicólogo Colegiado CM \_\_\_\_\_