

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

1. Datos del Paciente:

Nombre del paciente: _____

RUN / Pasaporte: _____

Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Celular y teléfono : _____

Lugar de firma: _____

Representante legal (si corresponde): _____

2. Objetivo y Naturaleza de la Evaluación

Por medio de este documento se informa al paciente (o su representante legal) sobre los aspectos fundamentales del proceso de evaluación neuropsicológica.

La evaluación tiene como finalidad explorar el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del consultante, identificando fortalezas, dificultades o alteraciones que permitan orientar diagnósticos clínicos, intervenciones terapéuticas, recomendaciones educacionales o informes a organismos que lo requieran, según sea el caso.

El proceso incluirá:

- Entrevistas clínicas.
- Aplicación de pruebas estandarizadas.
- Cuestionarios.
- Revisión de antecedentes médicos, escolares y otros, cuando sea pertinente.
- Sesión de devolución y entrega de informe escrito.

3. Duración y Modalidad del Proceso

- La evaluación se realizará en sesiones presenciales o virtuales, en días y horarios previamente acordados.
- Cada sesión tendrá una duración aproximada de 50 minutos.
- El proceso habitual contempla entre 4 y 6 sesiones (entrevista, aplicación de pruebas y devolución).
- La entrega del informe escrito se realizará en un plazo máximo de 3 semanas desde la última sesión de pruebas, previa confirmación de pago de la sesión de devolución.

4. Posibles Incomodidades o Riesgos

Durante el proceso evaluativo podrían experimentarse algunas incomodidades propias de las pruebas, tales como:

- Cansancio, frustración, ansiedad o desmotivación durante algunas tareas.
- Incomodidad frente a preguntas personales o emocionales.
- En caso de presentarse dificultades significativas, el profesional interrumpirá o adaptará la sesión según criterio clínico.

5. Confidencialidad y Protección de Datos

- La información recopilada es confidencial, conforme a la Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes del Paciente.
- Sólo podrá compartirse en los siguientes casos:
 - Por solicitud expresa del paciente o apoderado.
 - Cuando exista obligación legal (órdenes judiciales, situaciones de riesgo vital, vulneración de derechos, etc.)
 - Para interconsulta profesional debidamente autorizada.
- Los datos se almacenarán en registros clínicos internos de uso exclusivo de los profesionales de Centro Rumbos.

6. Derechos y Deberes del Paciente

- El paciente puede solicitar aclaraciones, información complementaria o suspender el proceso en cualquier momento.
- La suspensión voluntaria no genera devolución de pagos por sesiones ya realizadas.
- El paciente y su familia se comprometen a seguir las recomendaciones profesionales posteriores a la evaluación.

7. Honorarios, Pagos y Política Administrativa

- Las sesiones deben ser canceladas previamente, según valores definidos por Centro Rumbos:
- Monto total acordado: \$ _____
- El pago puede realizarse por transferencia electrónica, indicando en el comprobante: "Pago sesión [Nombre paciente]" y nombre del profesional tratante.
 - Las boletas serán enviadas por correo electrónico tras cada pago recibido.
 - Si existen pagos pendientes, no se podrán realizar nuevas sesiones ni se entregará el informe de evaluación.
 - La sesión de devolución requiere pago previo para confirmar su agendamiento.
 - No se realizarán devoluciones por sesiones ya efectuadas.

8. Normas de Puntualidad, Cancelaciones y Abandono

- Las sesiones inician y terminan en el horario previamente acordado.
- Las inasistencias deben ser informadas con al menos 48 horas de anticipación.
- Los atrasos del paciente no extenderán el tiempo de sesión; la sesión completa se cobrará igualmente.
- Dos inasistencias consecutivas sin aviso se considerarán abandono del proceso, eximiendo al profesional de futuras responsabilidades clínicas o legales.
- Comunicaciones formales vía correo electrónico: clinica@centrorumbos.cl o el WhatsApp oficial de Centro Rumbos.

9. Autorización

Declaro haber leído, comprendido y recibido respuesta a todas mis consultas respecto a este proceso evaluativo. Autorizo la realización de la evaluación neuropsicológica conforme a lo expuesto y acepto los términos aquí descritos.

Nombre del paciente o representante legal: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Firma del profesional responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____