

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y POLÍTICAS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Conste por el presente documento el Acuerdo celebrado entre el/la profesional de la psicología y el/la paciente adulto, bajo las siguientes cláusulas y condiciones:

1. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El/la profesional garantiza el secreto profesional. Toda la información verbal, escrita o documental está protegida por la Constitución de la República del Ecuador (Art. 66, num. 19), la Ley Orgánica de Salud (Art. 362) y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Art. 4).

2. EXCEPCIONES LEGALES AL SECRETO PROFESIONAL

El/la paciente acepta que la confidencialidad se romperá, obligatoriamente y sin su consentimiento, únicamente en los siguientes casos de fuerza mayor:

- Riesgo inminente de autoeliminación o daño grave hacia sí mismo.
- Amenaza directa o peligro real contra la vida o integridad de terceras personas.
- Indicios o certeza de abuso, maltrato o violencia hacia menores, adultos mayores o personas con discapacidad.
- Requerimiento legal explícito mediante orden emitida por un Juez competente o Fiscalía General del Estado.

3. MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

Toda la información de las sesiones, diagnósticos y evolución se registrará en una Historia Clínica Digital protegida. El sistema cumple con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) de Ecuador.

4. POLÍTICA DE AGENDAMIENTO Y CANCELACIÓN DE CITAS

El proceso de atención se rige bajo las siguientes normas:

- **Tiempo de anticipación:** Toda cancelación o reprogramación de cita debe notificarse con un mínimo de 24 horas de anticipación.
- **Cancelaciones tardías o inasistencias:** Si la cita se cancela fuera del tiempo estipulado o el paciente no se presenta, se cobrará el **100%** del valor de la sesión en la siguiente consulta.
- **Tolerancia de espera:** El tiempo de espera máximo por retraso del paciente es de **15 minutos**. Pasado ese tiempo, la sesión se dará por perdida sin derecho a reembolso.

5. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN

Yo, **Calderon Nolose Ana**, con C.C. Nro. **0120120123**, declaro que he leído de forma íntegra, comprendido y aceptado todas las políticas de confidencialidad, límites legales, manejo de datos digitales y condiciones de cancelación detalladas en este documento.

Dado en la ciudad de **Quito**, el **13** de **May** de **2026**.

Firma del/la Paciente
C.C.: 0120120123

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR:
Demo Cli Hc
FECHA: 13/05/2026 16:13:15
VALIDADO POR:

Firma del/la Profesional
Reg. MSP / Senescyt Nro.: MEDICO
GENERAL