

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EN JURÍDICA

D/Dª.: \_\_\_\_\_ con DNI/Pasaporte nº, \_\_\_\_\_

-en su nombre

- en representación de D/Dª \_\_\_\_\_ en calidad

de \_\_\_\_\_

Manifiesto que:

1. He recibido del/la Psicólogo/a \_\_\_\_\_ 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 para elaborar el INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO solicitado, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.
2. Que, una vez valorada la intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será solo él/ella quien se encargará de la realización de dicho informe, para lo que AUTORIZO para la realizar las pruebas o test que según él/ella como profesional estime necesarios realizar para obtener la información necesaria para el fin solicitado.
3. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.
4. Igualmente, he sido informado/a de:
  - Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 Diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita, se recogerán en el fichero de pacientes cuyo responsable es \_\_\_\_\_, Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.
  - Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, en la dirección de correo electrónico o dirección postal \_\_\_\_\_.
  - Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y COMPROMETO, con el/la Psicólogo/a D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial por vía electrónica SI [ ] NO [ ]

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

Fdo.: D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ Fdo.: D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
Psicólogo/a Col. n° AO- \_\_\_\_\_