

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
Consentimiento Informado para recibir atención (adultos)

Fecha_____

Yo _____ estoy informado(a) en qué consisten los servicios de atención clínica ambulatoria del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y, doy mi consentimiento para recibirlos de manera presencial o en línea. Autorizo al personal de la institución a realizarme los estudios y evaluaciones convenientes para mi atención. Declaro que soy adulto con capacidad de firmar el presente consentimiento.

Así mismo, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen y en mi tratamiento. En el caso de que la clínica no cuente con los servicios idóneos para la atención de mi problemática, estoy consciente de que seré derivado a la institución más conveniente. En caso de que presente alguna urgencia, en donde mi vida o integridad física o la de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal de la Clínica para que contacte a un familiar o responsable legal, y se le informe sobre mi estado y sobre el procedimiento de referencia. En caso de dejar de asistir a mis consultas o no apegarme a las indicaciones del personal de la clínica, eximo al personal y a la institución de toda responsabilidad. Así mismo autorizo al personal de la clínica a contactarme con fines clínicos, estadísticos o de investigación.

Estoy consciente de que en la Clínica del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM **NO** se atienden urgencias, ni padecimientos graves, ni crónicos (trastorno límite de personalidad (TLP), trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, psicosis, conducta suicida grave, entre otros).

Tengo conocimiento de posibles riesgos o efectos secundarios que puede implicar cualquier tratamiento y libero de toda responsabilidad al personal de la institución por cualquier efecto desfavorable e inesperado. Entiendo que el personal de salud está conformado por médicos(as) especialistas, psicólogos(as) clínicos(as), trabajadoras sociales psiquiátricas, médicos(as) residentes, médicos(a) pasantes en servicio social y personal en formación que trabaja bajo supervisión.

Se me ha comunicado que la información y los datos personales que he proporcionado serán tratados con la mayor confidencialidad y que algunos datos podrán ser utilizados con fines de investigación científica o histórica y estadística.

ACEPTO_____

Nombre y firma