

International OCD Foundation (IOCDF)

Behavior Therapy Training Institute — Formato de Exoneración del Paciente

- 1) Yo, _____ por la presente doy mi consentimiento para la realización del tratamiento por medio de Terapia Cognitivo Conductual (El Tratamiento) para el control del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).
- 2) Entiendo que mi médico tratante, _____ (El Practicante) participará en un programa de enseñanza clínica conocido como el IOCDF Behavior Therapy Training Institute (El Instituto) y que la facultad de enseñanza del Instituto consultará a mi médico sobre mi tratamiento.
- 3) Entiendo que, como parte de El Tratamiento, me expondré gradualmente a situaciones que desencadenan mi pensamiento obsesivo, imágenes obsesivas o acciones compulsivas (Las Acciones) y que se me enseñarán formas de controlar mi ansiedad o incomodidad y cómo resistir a no caer en compulsiones. He tomado mi decisión voluntaria y libremente.
- 4) Entiendo perfectamente que el tratamiento a realizar ha sido documentado en estudios de resultados controlados para ser eficaz en la mayoría de los pacientes con TOC; pero, el resultado del tratamiento para un solo paciente no puede ser predicho.
- 5) Entiendo que hay ciertos riesgos asociados con El Tratamiento, que incluyen, entre otros, la ansiedad por la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta, el hecho de que no todos los pacientes en Terapia Cognitivo Conductual responden al tratamiento y el hecho de que una reducción en los síntomas del TOC puede cambiar la dinámica familiar existente, y asumo libremente estos riesgos. También entiendo que hay ciertos beneficios asociados con este tratamiento. Sin embargo, entiendo que no hay certeza de que obtendré algún beneficio y no se me ha otorgado ninguna garantía con respecto al resultado de El Tratamiento.
- 6) Se me han explicado las "alternativas razonables" al tratamiento, incluido el uso de medicamentos para tratar el TOC. También soy consciente de que la psicoterapia orientada a la percepción y la psicoterapia de apoyo pueden ser útiles para algunas personas con TOC.
- 7) Estoy de acuerdo en mantener a El Practicante y a la facultad, el personal, los participantes y los patrocinadores de El Instituto libres de cualquier reclamo o demanda de daños por lesiones o complicaciones, salvo negligencia, que pueda resultar de dicho Tratamiento.
- 8) Autorizo a El Practicante a divulgar toda la información de manera confidencial a El Instituto acerca de sus hallazgos médicos y el tratamiento que recibí a partir del _____ hasta la fecha de la conclusión de dicho tratamiento. Libero a El Practicante y a la facultad, el personal y los participantes del Instituto de todas las responsabilidades legales que puedan surgir de esta autorización.
- 9) Cualquier pregunta que haya tenido con respecto a El Tratamiento ha sido respondida satisfactoriamente.
- 10) Yo, el abajo firmante, después de haber sido informado completamente por El Practicante de lo anterior, consiento a dicho Tratamiento y por este medio doy libre y voluntariamente mi autorización firmada para este Tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha