

## **International OCD Foundation (IOCDF)**

### **Behavior Therapy Training Institute — Formato de Exoneración del Participante**

- 1) Yo, \_\_\_\_\_, por este medio, acepto participar en un programa de enseñanza clínica conocido como el IOCDF Behavior Therapy Training Institute (El Instituto). El propósito del Instituto es enseñar la aplicación de la terapia cognitivo / conductual (El Tratamiento) para el control del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
- 2) Tengo licencia o cédula profesional en México para la práctica de la salud mental, y he proporcionado una fotocopia de mi licencia o cédula profesional al Instituto.
- 3) Entiendo que la capacitación que recibiré en el Instituto incluirá instrucción profunda de nivel intermedio en el Tratamiento y consulta clínica con el personal docente del Instituto (facultad).
- 4) He identificado a un paciente mío (Paciente) que ha aceptado someterse al Tratamiento como parte de mi entrenamiento clínico en el Instituto.
- 5) Entiendo que el tratamiento incluirá el desarrollo de un plan para exponer gradualmente a mi paciente a situaciones que provoquen pensamientos obsesivos, imágenes obsesivas o acciones compulsivas (Las Acciones), y que se me enseñarán formas de ayudar a mis pacientes a controlar su ansiedad / incomodidad y cómo resistir a no caer en compulsiones.
- 6) 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.
- 7) He explicado a mi paciente 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; También le he explicado a mi paciente que hay ciertos beneficios asociados con este tratamiento. Sin embargo, entiendo que no hay certeza de que mi paciente obtendrá algún beneficio y no he otorgado ninguna garantía a mi paciente con respecto al resultado del Tratamiento.
- 8) He 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.
- 9) He informado a mi Paciente que recibiré asistencia de la facultad y de otras personas que yo o la facultad consideremos necesarias para su atención, y el Paciente ha aceptado su participación.

- 10) He obtenido autorización de mi paciente para divulgar toda la información de manera confidencial a la facultad, el personal y los participantes del Instituto acerca de mis hallazgos médicos y el tratamiento de mi paciente a partir del \_\_\_\_\_ hasta la fecha de la conclusión de dicho tratamiento.
- 11) He respondido cualquier pregunta que el paciente ha tenido con respecto al tratamiento.
- 12) He obtenido la autorización por escrito, voluntaria e informada, de mi paciente para el tratamiento y la divulgación de la información confidencial como se describe en los párrafos 8-11.
- 13) Estoy de acuerdo en mantener a la facultad, el personal, los participantes y los patrocinadores del Instituto libres de cualquier reclamo o demanda de daños por lesiones o complicaciones, salvo negligencia, que pueda resultar de dicho Tratamiento.
- 14) Entiendo que la participación en el Instituto no me califica para una vocación, sino que simplemente pretende mejorar mis habilidades clínicas actuales y que no se emitirán créditos.

Firma del Participante

Fecha

---

Firma del Testigo

Fecha

---