CONSENTIMENTO INFORMADO

DESTRUIÇÃO DE REGISTOS PROFISSIONAIS

Para que um/a cliente possa exercer o seu direito a solicitar a destruição dos seus registos, após um processo de intervenção psicológica, é fundamental que esteja devidamente informado/a de todos os aspetos envolvidos nessa decisão.

Quando um/a cliente solicita ao/à psicólogo/a a destruição do seu processo, que se encontra à guarda do/a profissional de psicologia, fica ciente que:

• A informação vai ser destruída de forma definitiva, não podendo ser recuperada em qualquer circunstância;

• Em caso algum o/a psicólogo/a pode assegurar informações sobre o processo após a destruição dos registos, nomeadamente no que se refere à partilha de informação para futuras intervenções psicológicas, para efeitos legais ou outros;

• O cliente/utente é considerado o legítimo proprietário da informação, tendo direito de acesso aos registos clínicos;

• A destruição dos registos só pode ser feita através de empresa devidamente autorizada e certificada para o efeito, garantindo a destruição total e confidencial da informação e emitindo um certificado de destruição que respeite a legislação aplicável em matéria de proteção de dados;

• Os custos associados ao procedimento de destruição por empresa certificada não são da responsabilidade do/a Psicólogo/a;

• O/A cliente terá direito a uma cópia do certificado de destruição mantendo-se o original com o/a psicólogo/a.

Eu (nome)_____
Psicólogo/a inscrito na Ordem dos Psicólogos Portugueses com a cédula profissional n.º_____,
confirmo que informei e expliquei de forma adequada e inteligível, o/a meu/minha cliente/utente (nome)_____
_____
sobre as questões relacionadas com a criação e guarda dos registos clínicos. Respondi a todas as questões que me foram colocadas pelo/a meu/minha cliente/utente.

Nome Legível _____

Assinatura _____

_____(local), ____/___/_____ (data)

Eu (nome)_____
cliente/utente do/a psicólogo/a (nome)_____
_____ compreendi e declaro livremente aceitar a criação dos registos clínicos e consequentemente autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para esse fim, tendo tido oportunidade de colocar todas as questões que entendi pertinentes e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que, assino o presente consentimento informado.

Nome Legível _____

Assinatura _____

_____(local), ____/___/_____ (data)