



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONTRATO DE TERAPIA ONLINE

DATOS DEL PROFESIONAL

- **Responsable:** Carmen Rodera Leguey
- **Nº Colegiada:** 1850 (Logopedia)
- **Email de contacto:** cr.neurologopedia@gmail.com

DATOS DEL PACIENTE

- **Nombre y Apellidos:**
- **DNI / NIF:**
- **Fecha de Nacimiento:**

DATOS DEL TUTOR / REPRESENTANTE LEGAL *(Rellenar solo si el paciente es menor de edad)*

- **Nombre y Apellidos:**
- **DNI / NIF:**

1. CONDICIONES DEL SERVICIO (TERAPIA ONLINE)

Al firmar este documento, el PACIENTE/TUTOR acepta las siguientes condiciones de funcionamiento:

- **Medios y Entorno:** Las sesiones se realizan por videoconferencia (Google Meet / Teams). El paciente se compromete a estar en un lugar privado y silencioso durante la sesión.
- **Pago Previo:** El abono de las sesiones o bonos se realizará mediante transferencia bancaria antes del inicio de la sesión.
- **Política de Cancelación (24h):**
 - Las citas deben cancelarse o cambiarse con más de 24 horas de antelación.
 - Si se cancela con menos de 24 horas o el paciente no se conecta, la sesión se cobrará íntegramente, sin derecho a devolución (salvo causa de fuerza mayor justificada).



- **Devolución de Bonos:** En caso de solicitar la cancelación de un bono antes de agotarlo (por causa justificada), se devolverá el importe restante tras descontar las sesiones ya disfrutadas cobradas a precio de tarifa individual (perdiendo el descuento del pack).
- **PROHIBICIÓN DE GRABACIÓN:** Por motivos de privacidad y propiedad intelectual, queda prohibido que el paciente o sus familiares graben, capturen o difundan audio o vídeo de las sesiones.

2. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD)

Carmen Rodera Leguey es la Responsable del Tratamiento de sus datos personales y le informa de lo siguiente conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la LOPDGDD 3/2018:

- **Finalidad:** Prestar el servicio de logopedia/neuropsicología (evaluación, diagnóstico y tratamiento), gestión administrativa y facturación.
- **Legitimación:** Ejecución del contrato de servicios y consentimiento expreso para tratar datos de salud.
- **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros salvo obligación legal. Se usarán proveedores tecnológicos seguros (videoconferencia/email) como encargados de tratamiento.
- **Conservación:** Los datos clínicos se conservarán mínimo 5 años desde el alta (Ley 41/2002).
- **Derechos:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición escribiendo a: **cr.neurologopedia@gmail.com**.

COMUNICACIONES: Autorizo el envío de recordatorios de citas o información sobre el servicio a través de **WhatsApp / SMS**

autorizo

no autorizo, prefiero que se me comunique por otro medio (correo electrónico o llamada)

ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

El PACIENTE/TUTOR, habiendo leído y comprendido las condiciones del servicio y la política de privacidad, otorga su consentimiento para la intervención de logopedia/neuropsicología online y el tratamiento de sus datos personales.

En _____, a _____ de _____ de 202

(Firma del Paciente) (Firma del Tutor / Representante) (Mayores de 16 años) (Si el paciente es menor o dependiente)