

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD DE DATOS

Este documento es para informarle qué datos estoy recopilando de usted y qué pretendo hacer con ellos.

¿Qué datos conservo y por qué los necesito?

Nombre y edad: esta es una información básica que me ayuda a conocerle.

Dirección, dirección de correo electrónico, número de teléfono: utilizo esta información para poder comunicarme con usted con respecto a sus sesiones. Utilizaré principalmente el método con el que me contactó por primera vez, pero si no puedo comunicarme con usted, intentaré un método diferente.

Detalles del familiar más cercano/profesional médico: si existe una situación de riesgo para usted o bien para otras personas, es posible que deba comunicarme con su familiar más cercano o profesional médico, si puedo. Le haré saber cuándo/si voy a hacerlo.

Notas de la sesión: guardo breves notas de nuestra(s) sesión(es), estas notas están en un cajón con llave y solo tengo yo acceso a las mismas.

¿Compartiré sus datos y, si lo hago, con quién los compartiré y con qué finalidad?

Es muy poco probable que comparta sus datos. No lo venderé ni lo usaré por razones poco éticas. Es posible que tenga que compartirla si mis notas son citadas por el tribunal, si usted o alguien de quien me hable está en peligro o corre el riesgo de sufrir daños, es posible que tenga que pasar esta información. También puedo discutir su caso durante la supervisión, pero solo uso su nombre de pila.

¿Cómo almacenaré sus datos?

Se almacena principalmente como copia impresa en un archivador cerrado con llave. Inmediatamente después de terminar el trabajo, transfiero los datos con sus iniciales a mi computadora protegida por contraseña. Su(s) número(s) de teléfono se guarde en el teléfono móvil de mi empresa con su nombre y la inicial de su apellido. Solo yo accederé a su información.

¿Durante cuánto tiempo conservaré sus datos y cómo los eliminaré?

Conservaré sus datos y notas de sesión durante el tiempo requerido por mi aseguradora.

Después de este tiempo, destruiré cualquier documento con su información personal y eliminaré su número de teléfono de mi teléfono móvil,

Consentimiento

Doy mi consentimiento para que mis datos se utilicen según lo establecido anteriormente.

Firma del terapeuta:

Firma del cliente:

Fecha: