

Tu Consulta con Maru



Contrato de Prestación de Servicios

Instrucciones de pago y **Cancelación**

Protección de **Datos Personales**

Protocolo ante Riesgo Sobre la Propia Vida

BIENVENIDA al espacio de Consulta Médica que compartiremos.

En este **documento** encontrarás algunos **puntos importantes a tener presentes antes de iniciar tu proceso** de atención médica.

También el **Contrato de Prestación de Servicios, la Información sobre Protección de tus Datos Personales y el Protocolo ante Riesgo sobre tu propia vida.**

Antes de nuestra Consulta deberás devolver este documento al correo **medicinatudela@gmail.com** habiendo **RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS Y RECUADROS RESALTADOS EN AZUL Y CON TU FIRMA**, como indicativo de haber comprendido y aceptado los términos en él expuestos.

POR FAVOR, **PRESTA ESPECIAL ATENCIÓN A LO RESALTADO DE ESTA MANERA** EN ESTE DOCUMENTO.

Gracias por estar aquí.

A TENER EN CUENTA ANTES DE INICIAR TU PROCESO DE CONSULTA CON MARU

Este es un espacio seguro:

Aunque hayas pasado por experiencias médicas traumáticas previamente, quiero recordarte que este es un espacio seguro.

En él, me comprometo a escuchar tu relato con atención y no predisponerme con las opiniones previas que hayas recibido.

Lo mismo espero de ti: dame una oportunidad de escucharme sin predisponerte con esas opiniones previas o con malos tratos que hayas recibido de parte de otros profesionales.

Mi responsabilidad:

- Brindarte una atención transparente, éticamente fiscalizable, actualizada y compasiva.
- Ser honesta contigo cuando algún problema exceda mis capacidades académicas, legales o humanas. Ser puntual y respetar nuestro contrato.

Tu responsabilidad:

- Comprometerte con las decisiones que, en conjunto, tomemos en la consulta y manifestar si alguna de ellas no es de tu agrado. Ser puntual y respetar nuestro contrato.

En esta relación nos elegimos mutuamente: Compartiremos la responsabilidad de mejorar tu salud y también la de sostener nuestro vínculo.

Qué **sí** esperar de mí:

- Escucha activa y atenta, asesoramiento médico, sugerencias de tratamientos, acompañamiento y derivación psicológica cuando considere que lo amerites.
- Disposición a atenderte por la vía que hayamos acordado en los horarios de oficina habituales: 8am a 5pm en días laborables. Responderé al ritmo que pueda,

Qué **no** esperar de mí:

- Recordatorios sobre tu compromiso.
- Disponibilidad 24 horas e inmediata.
- Seguimiento psicológico.
- Si tu problema es inminente o grave mi consejo profesional por tu bienestar es que acudas a Urgencias. **No ofrezco atención urgente.**

Sobre tu expectativa

Quisiera pedirte que pienses cuál es tu expectativa al venir a mi consulta, hablaremos sobre ello en nuestro encuentro. Esto nos permitirá alinear los esfuerzos y ajustar los objetivos que posiblemente puedan cumplirse y los que no.

Sobre nuestra comunicación:

Estoy dispuesta a escuchar cualquier queja o incomodidad que notes. También te comunicaré si por mi parte existe algún roce a resolver. **Tienes disponibles hojas de reclamación en mi página web.**

Sobre el respeto y límites:

- No se ejerce violencia en mi espacio de consulta. No la ejerzo ni la tolero.
- En caso de existir violencia entre nosotras se dará por terminado automáticamente el proceso de atención.
- Si esto ocurriese, te recomiendo acudir directamente a Urgencias, especialmente si te encuentras atravesando situaciones retadoras desde el punto de vista de la Salud Mental.

Mi compromiso de supervisión sobre mi propia práctica:

Debes saber que acudo a supervisión Psicológica para poder brindarte la mejor atención posible. También discuto, con tu autorización expresa previa y si así lo consideramos, los aspectos que necesitemos sobre tu caso médico con otros colegas y especialistas, para asegurarnos de que las decisiones tomadas tengan más de un punto de vista de respaldo o aportes.

He leído y acepto la información a tener en cuenta antes de iniciar mi proceso de atención médica con Maru

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA DRA. MARÍA EUGENIA QUINTANA

En _____, a ____ de _____ de 202__

(Rellena con la ciudad donde vives, día, mes, año)

INTERVIENEN:

De una parte, Doña **MARÍA EUGENIA QUINTANA MÁRQUEZ**, provista de NIF número **26952581P**, en nombre y representación propias, con domicilio a efectos de notificaciones en **Calle Virgen de La Cabeza 23, 4B, Tudela de Navarra, España 31500**. En adelante, **“LA MÉDICA”**.

De otra parte, D/D^a _____ con NIF _____, mayor de edad, con domicilio

En adelante **“EL/LA CLIENTE/A”**.

(Rellena con tu nombre y apellido, tu NIF, tu dirección)

EXPONEN:

I.- Que LA MÉDICA es titulada como Médica General en la Universidad Central de Venezuela (2011) y homologada para el ejercicio como tal en España (2018). Cuenta con titulación en Medicina Interna (2015) y Enfermedades Infecciosas (2017) de la Universidad Central de Venezuela. Colegio de Médicos de Navarra 310855849.

II.- Que el/la CLIENTE/A está interesado/a en recibir de LA MÉDICA el servicio que ella ofrece, tal y como se define en el presente documento.

III.- Que ambas partes podrán denominarse conjuntamente como “las Partes” o individualmente como “la Parte”.

CLÁUSULAS:

OBJETO: durante la vigencia del presente Contrato, LA MÉDICA prestará a EL/LA CLIENTE/A sus servicios de Medicina General, de acuerdo con los términos y condiciones del presente contrato.

DETALLES DE LOS SERVICIOS:

El SERVICIO concreto consiste en consultorías/asesorías de una duración aproximada de 60 minutos mediante videoconferencia en Google Meet en los que la MÉDICA atenderá y acompañará a personas que, por diversos motivos, presenten inquietudes por problemas con su salud.

EL PRECIO que EL/LA CLIENTE/A deberá abonar a LA MÉDICA por la prestación de LOS SERVICIOS objeto del presente Contrato **variará según la opción elegida:**

POR FAVOR MARCA EL RECUADRO AZUL (☐) QUE CORRESPONDA AL TIPO(S) DE CONSULTA(S) QUE DESEAS CONTRATAR

- **1ª Consulta con la Dra. Maru: 95 euros.** Incluye: 1ª Consulta de 1h de duración con la Dra. Maru, envío de Informe, Plan de Trabajo, recetas, recomendaciones, propuesta de Esquema de Seguimiento, trabajo previo de preparación de nuestra consulta en caso de que me envíes material antes de vernos, disponibilidad para

despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h)

- **□ Consulta de Revisión: 55 euros.** Incluye: Consulta de Revisión de 30min de duración con la Dra. Maru, Informe y Plan de Trabajo, Esquema de Seguimiento si fuera necesario, Disponibilidad para despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h) REQUIERE HABER TENIDO UNA PRIMERA CONSULTA CON LA DRA. MARU
- **□ Recetas y Solicitudes: 30 euros.** Incluye: Coordinación A DISTANCIA - Correo electrónico, Whatsapp - de Recetas, solicitudes de analíticas o pruebas, informes extra (fuera del incluido en la Consulta) AMERITA AL MENOS TENER HISTORIAL CON LA DRA. MARU (mínimo una consulta previa) NO INCLUYE CONSULTA, disponibilidad para despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h)
- **□ BONO Empieza a cuidar tu salud: 250 euros.** Incluye: 1ª Consulta de 1h de duración con la Dra. Maru, 3 CONSULTAS DE REVISIÓN DE 30 minutos de duración para utilizar en los siguientes 6 meses a la compra, Envío de Informe, Plan de Trabajo, recetas, recomendaciones, elaboración y seguimiento del Mapa de Tu Salud, trabajo previo de preparación de nuestra consulta del material que me envíes de nuestros encuentros, comunicaciones con tu equipo médico tratante si fueran necesarias, disponibilidad para despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h)
- **□ BONO Vida Saludable: 320 euros.** Incluye: 1ª Consulta de 1h de duración con la Dra. Maru; 5 consultas de 30 minutos de duración a utilizar en un plazo máximo de 6 meses después de la compra; seguimiento de recetas, elaboración y seguimiento del Mapa de Tu Salud, trabajo previo de preparación de nuestra consulta del material que me envíes de nuestros encuentros, comunicaciones con tu equipo médico tratante si fueran necesarias, disponibilidad para despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h)
- **□ BONO Tu Médica Maru: 300 euros.** Incluye: 6 consultas de 30 minutos de duración a utilizar en un plazo máximo de 6 meses después de la compra, seguimiento de recetas, un informe por consulta, elaboración y seguimiento del Mapa de Tu Salud, trabajo previo de preparación de nuestra consulta del material que me envíes de nuestros encuentros, comunicaciones con tu equipo médico tratante si fueran necesarias, disponibilidad para despejar dudas vía Whatsapp o Correo Electrónico en horario laboral (LUN-VIE 8-17h). REQUIERE HABER TENIDO AL MENOS UNA PRIMERA CONSULTA SUELTA CON LA DRA. MARU PREVIAMENTE
- **□ CONSULTA PARA ADOS-2: 220 euros,** 2 horas de duración. Evaluación para aplicación del ADOS-2 como parte del Proceso Diagnóstico de Autismo del Equipo C. Padrón Salud Mental.
- **□ CONSULTA PARA DIVA-5: 220 euros,** 2 horas de duración. Evaluación para aplicación del DIVA-5 como parte del Proceso Diagnóstico de TDAH del Equipo C. Padrón Salud Mental.
- **□ CONSULTA PARA EVALUACIÓN CLÍNICA DE AUTISMO: 110 euros.** 1 hora de duración. Entrevista para la Evaluación de los criterios clínicos de diagnóstico según Manual DSM-5 y CIE 11 de Autismo como parte del Proceso Diagnóstico de Autismo del Equipo C. Padrón Salud Mental.
- **□ CONSULTA PARA EVALUACIÓN CLÍNICA DE TDAH: 110 euros.** 1 hora de duración. Entrevista para la Evaluación de los criterios clínicos de diagnóstico según Manual

DSM-5 y CIE 11, Test ASRS y WURS de TDAH como parte del Proceso Diagnóstico de TDAH del Equipo C. Padrón Salud Mental.

- **▣ ASESORÍA PARA LA DISCAPACIDAD + INFORME: 200 euros** (Consulta 90 euros, Informe 110 euros). Consulta para valoración de la Discapacidad de 1 hora de duración, previamente habrás rellenado los Baremos de Valoración de la Discapacidad que te haré llegar y comentaremos en espacio de Consulta el nivel de afectación de la Discapacidad sobre tu vida diaria. Posteriormente elaboraré el Informe de Valoración Funcional correspondiente para iniciar/revisar tu Solicitud de Discapacidad. Este pago puede hacerse fraccionado en 90 euros antes de la Consulta y 110 euros antes de la entrega del Informe mencionado.
- **▣ DETECCIÓN DE NEURODIVERGENCIAS: 90 euros.** Consulta de 1 hora de duración para explorar la posible presencia de Neurodivergencias en tu caso y, de ameritarlo, derivarte al Proceso Diagnóstico correspondiente.
- **▣ ENTREVISTA VINCULAR: 60 euros.** Entrevista de 30 minutos de duración donde comentaremos las características de la persona que está siendo evaluada en el Proceso Diagnóstico de Neurodivergencias del Equipo C. Padrón Salud Mental, como apoyo para profundizar en las sospechas diagnósticas planteadas. Previamente habrás respondido al cuestionario que te haré llegar para facilitar el aprovechamiento del tiempo compartido en Consulta.
- **▣ CITA PARA DEVOLUCIÓN DE INFORME DE NEURODIVERGENCIAS: 60 euros.** Cita de 30 minutos de duración para comentar los resultados reflejados en el Informe de Evaluación Multidisciplinar de Neurodivergencias del Equipo C. Padrón Salud Mental.

Se expresan los montos en euros, el costo será equivalente a este valor en la moneda local del país de residencia de EL/LA CLIENTE/A

El abono de cada cantidad deberá realizarse con un mínimo de antelación de 72 horas a la fecha agendada para la realización de la consulta.

En el caso de la primera consulta, el pago debe realizarse el día que se **apalabra la cita** como reserva de la misma.

Deberá remitir el **justificante** de pago al correo electrónico medicinatudela@gmail.com.

En caso de no constar dicho pago realizado con la antelación de 72 horas, la cita no será reservada.

MÉTODO DE PAGO:

Dicho Precio será abonado mediante alguna de las siguientes opciones:

Por TRANSFERENCIA a este número de cuenta:

ES 84 0182 4383 9102 0177 8144

BBVA

A nombre de María Eugenia Quintana

Concepto: Consulta seguido de nombre de EL/LA CLIENTE/A

Por BIZUM al teléfono: +34672771317

A nombre de María Eugenia Quintana

Concepto: Consulta seguido de EL/LA CLIENTE/A

Por pago con tarjeta en caso de vivir fuera de España a través del enlace que proporcionará LA MÉDICA en este caso **(por favor solicítalo a través de un correo a medicinatudela@gmail.com)**

El Precio establecido en el presente Contrato está fijado a efectos de la prestación de LOS SERVICIOS objeto del mismo. En el supuesto de modificar o ampliar dichos servicios EL/LA CLIENTE/A tras la firma del presente documento y cumpliendo con los requisitos mínimos establecidos por LA MÉDICA, la primera se compromete a abonar el nuevo precio establecido por la segunda.

MODIFICACIONES DE LA FECHA Y HORA DE LA CONSULTA:

EL/LA CLIENTE/A se compromete a avisar a LA MÉDICA con un mínimo de **48 horas** en caso de no poder asistir a la sesión agendada. En este caso, se le realizará dicha modificación de agenda.

Si no se produce dicho preaviso mínimo, EL/LA CLIENTE/A perderá el dinero abonado y deberá, para agendar nueva consultoría, realizar nuevamente el pago que corresponda.

EL/LA CLIENTE/A se compromete a abonar el dinero de la sesión que reservó y a la que no acudió si no avisó con un mínimo de 48 horas de antelación.

En ningún caso LA MÉDICA realizará la devolución de la cantidad abonada a EL/LA CLIENTE/A si éste/a cancela una consultoría. En caso de preavisar con el mínimo de 48 horas requerido, se le mantendrá el precio abonado (sin practicarle las posibles subidas que puedan darse con el paso del tiempo) durante un máximo de 6 meses desde la cancelación. Pasado ese tiempo, se perderá la cantidad abonada y el derecho a recibir el servicio por parte de LA MÉDICA.

La puntualidad es muy importante en las consultorías, para respetar a las personas que deben ser atendidas con posterioridad. Así, LA MÉDICA podrá esperar cinco minutos y contactar con la EL/LA CLIENTE/A que se está retrasando. Si pasados otros diez minutos no ha entrado en la videoconferencia para iniciar la sesión, LA MÉDICA la dará por celebrada y EL/LA CLIENTE/A perderá el dinero abonado.

En caso de darse cancelaciones muy repetidas por parte de EL/LA CLIENTE/A y de observar LA MÉDICA una falta clara de compromiso y responsabilidad, LA MÉDICA podrá rescindir el presente contrato para poder dedicarse plenamente a las personas que aprovechan su tiempo y su formación de forma efectiva.

COMUNICACIONES:

Las comunicaciones entre EL/LA CLIENTE/A y LA MÉDICA serán mediante el correo electrónico medicinatudela@gmail.com y/o Whatsapp si EL/LA CLIENTE/A así lo ha consentido de forma expresa en el formulario de introducción a la consulta que se le hará llegar.

CONFIDENCIALIDAD Y DATOS PERSONALES:

LA MÉDICA se compromete a mantener la confidencialidad de cualquier información y de los datos personales relacionados con EL/LA CLIENTE/A a los que tenga acceso por motivo de la prestación de LOS SERVICIOS a que se refiere el presente Contrato. En el presente

caso, no se prevé cesión alguna de datos personales a terceros, salvo que sea jurídicamente necesario.

Dicha obligación de confidencialidad perdurará incluso una vez finalizada la relación entre las partes, de forma indefinida.

Así, LA MÉDICA se compromete a observar todas las previsiones legales que se contienen en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de los Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Toda la información tratada será de carácter absolutamente confidencial, valorando en todo momento las necesidades de EL/LA CLIENTE/A y derivando a otros profesionales de la salud en caso de considerarlo oportuno y con previa autorización por su parte. Si fuese necesario trabajar en el caso de EL/LA CLIENTE/A de forma multidisciplinar (psicología, psiquiatría, nutrición, otros médicos...) los datos de referencia a su trabajo en consulta serán compartidos con el otro profesional que gestione su caso, para discutirlo y poderle ayudarle de forma integral, con previa autorización por su parte.

LA MÉDICA aplicará a los datos que trate por cuenta de EL/LA CLIENTE/A, las medidas de seguridad establecidas en la legislación vigente en virtud del tipo de datos que trate. Una vez finalizado el presente Contrato, conservará los datos mínimos que legalmente se establezcan para cumplir con sus obligaciones legales y tributarias. El resto de datos serán destruidos definitivamente y pasado el plazo legalmente establecido, también lo serán aquellos que se guardaron por imperativo legal.

En particular, se compromete a no aplicar o utilizar los datos de carácter personal tratados o aquellos a los que haya tenido acceso durante la prestación de LOS SERVICIOS, con fin distinto al que figura en el presente Contrato, ni a cederlos, ni siquiera para su conservación, a otras personas para las que no esté autorizada.

VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS:

Aunque se dicte la invalidez o inaplicabilidad de una cláusula del presente Contrato o de una de sus partes, el resto de las cláusulas o de sus partes continuarán siendo válidas y teniendo vigor.

RESPONSABILIDAD:

LA MÉDICA no responderá de aquellos sucesos que no hubieran podido preverse, o que, previstos, fueran inevitables. De tal manera que no será responsable por incumplimiento en los supuestos de fuerza mayor o caso fortuito ni por perjuicios ocasionados por falta de veracidad en la información o por falta directa de información concreta facilitada por parte de EL/LA CLIENTE/A.

RESCISIÓN DEL CONTRATO:

Se entenderá rescindido el contrato si cualquiera de las partes se lo comunica de forma fehaciente a la otra o, si en el caso de EL/LA CLIENTE/A, deja de responder a los mensajes de LA MÉDICA por un tiempo superior al de 30 días naturales. En ese caso, se perderá la prioridad en cuanto a la reserva de agenda. Se podrá volver a contactar por parte de EL/LA CLIENTE/A con LA MÉDICA y retomar el servicio si así se desea, pero sin prioridad.

Para el caso en que el presente Contrato fuera rescindido unilateralmente por EL/LA CLIENTE/A antes de llegar a su finalización, le corresponderá abonar el 100% del precio

estipulado en el presente contrato, aunque no haya utilizado los servicios abonados puesto que LA MÉDICA sí habrá realizado los trabajos previos, la reserva de agenda y todo aquello que derive de su prestación de servicios. En caso de no querer continuar con la prestación de servicios y de no haber abonado ninguna cantidad por no haber agendado ningún servicio concreto, deberá avisar de forma inmediata y fehaciente, mediante correo electrónico (medicinatudela@gmail.com) a LA MÉDICA de su intención de no continuar con el asesoramiento contratado para que no se agenden las futuras sesiones y no se le generen más facturas.

NOTIFICACIONES:

Para los efectos de notificaciones, requerimientos y escritos de cualquier clase a que dé lugar el presente Contrato se entenderá por parte de LA MÉDICA el correo electrónico medicinatudela@gmail.com y por parte de EL/LA CLIENTE/A el domicilio que figura en el encabezado del mismo. Si existiera modificación de domicilio o correo electrónico, ambas partes se obligan a comunicárselo fehacientemente en el plazo máximo de 48 horas desde la efectividad del cambio.

Asimismo, con la firma del presente contrato, EL/LA CLIENTE/A consiente que LA MÉDICA la contacte por correo electrónico y por aplicaciones de mensajería instantánea que le facilite para agilizar las comunicaciones.

CESIÓN DEL CONTRATO:

LAS PARTES no podrán ceder a terceros los derechos u obligaciones que les son otorgados en virtud del presente Contrato, salvo autorización expresa por escrito de la otra Parte.

LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN COMPETENTE:

El presente Contrato se registrará e interpretará de acuerdo con las Leyes de España y en todo lo que sea posible, de acuerdo a las Leyes de la Comunidad Foral de Navarra.

Ante cualquier controversia, las partes se comprometen a someterse a arbitraje.

Las Partes manifiestan su conformidad con el presente Contrato, que otorgan y firman en dos ejemplares igualmente originales, en el lugar y fecha arriba indicados.

FIRMAN, CONFORMES:

LA MÉDICA:

A black rectangular box containing a handwritten signature in black ink.

EL/LA CLIENTE/A:

A blue rectangular box, currently empty, intended for the client's signature.

Firma aquí

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Información Complementaria Protección de Datos: EL/LA CLIENTE/A

RESPONSABLE:

MARÍA EUGENIA QUINTANA MÁRQUEZ, CIF: 26952581P, Domicilio: C / VIRGEN DE LA CABEZA, 23, 4B, 31500 TUDELA DE NAVARRA. Tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarle los servicios solicitados. Los datos proporcionados se conservarán hasta que el interesado solicite su supresión. Los datos no se cederán a terceros, salvo que resulte necesario para la prestación de los servicios requeridos o por obligación legal. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión u oposición cuando ya no sean necesarios. Además, podrá solicitar la portabilidad de sus datos o la limitación de los mismos. Puede ejercitar sus derechos dirigiéndose a la dirección *mariaequintana@gmail.com*.

POR FAVOR, RELLENA LOS ESPACIOS EN AZUL Y FIRMA LA SIGUIENTE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES:

MARÍA EUGENIA QUINTANA MÁRQUEZ es el Responsable del Tratamiento de sus datos personales y le comunica que la información que Vd. facilite será tratada de conformidad con el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Informándole de lo siguiente:

FINALIDADES y legitimación del tratamiento:

Relación Contractual con la persona interesada conforme a lo establecido en el art. 6.1.b) Reglamento UE 2016/679:

- Los necesarios para el mantenimiento de los servicios.
- Gestión de la relación con los Pacientes.
- Envío de comunicaciones de tipo informativo sobre los servicios prestados.

Obligación Legal conforme a lo establecido en el art. 6.1.c):

- Gestión de los datos personales facilitados por Vd. para gestión de su historial clínico.

Consentimiento Expreso de la persona interesada conforme a lo establecido en el art. 6.1.a):

- Realización de comunicaciones comerciales y/o publicitarias.
- Realización de comunicaciones vía WhatsApp.

Criterios y PLAZOS DE CONSERVACIÓN:

La información facilitada se conservará durante el plazo necesario para cumplir con las obligaciones legales propias de nuestra actividad. Los datos facilitados serán tratados confidencialmente y no serán cedidos a terceros, salvo a aquellos cesionarios legítimos, por requerimiento legal o que fuese estrictamente necesario para la prestación del servicio solicitado. Así mismo, en todos las finalidades anteriormente descritas, cuando los datos ya no sean necesarios para tales fines, se suprimirán con las medidas de seguridad adecuadas.

DESTINATARIOS:

No se cederán datos a terceros excepto obligación legal. Los datos no serán transferidos a un tercer país u organización internacional.

DERECHOS que le asisten, como Cliente, en el tratamiento de sus datos

- Derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad, supresión y a la limitación u oposición al tratamiento.
- Derecho a presentar reclamación ante la Autoridad “AGPD.es” si estima que el tratamiento no es adecuado.

Para ejercer sus derechos, debe dirigir escrito, identificándose suficientemente (DNI) a:
MARÍA EUGENIA QUINTANA MÁRQUEZ | C / VIRGEN DE LA CABEZA, 23, 4B, 31500 TUDELA DE NAVARRA | *mariaequintana@gmail.com*

OBTENCIÓN DE SU CONSENTIMIENTO:

Como Usuario, Vd. ha sido informado de los aspectos concernientes al tratamiento de sus datos, y, por tanto, a continuación solicitamos su consentimiento para autorizar o no el tratamiento correspondiente, debiendo señalar con una X aquellos a los que Vd. otorgue su consentimiento:

AUTORIZO EL TRATAMIENTO PARA	SI	NO
Los necesarios para el mantenimiento de los servicios	X	
Gestión de la relación con los Pacientes	X	
Envío de comunicaciones de tipo informativo sobre los servicios prestados	X	
Gestión de los datos personales facilitados por Vd. para gestión de su historial clínico	X	
Realización de comunicaciones comerciales y/o publicitarias		
Realización de comunicaciones vía WhatsApp		

Para realizar los tratamientos de datos descritos, necesitamos su consentimiento explícito o el de su Representante Legal.

Para ello le solicitamos cumplimente la siguiente información y firme la autorización:

Nombre y Apellidos:	
Fecha:	
NIF:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Firma:	

PROTOCOLO DE RIESGO SOBRE LA PROPIA VIDA

La consulta médica que ofrezco en Medicina Tudela tiene un enfoque integrativo, por lo que aunque tu motivo de consulta pueda ser netamente físico, siempre abordaremos cómo está tu Salud Mental y te ayudaré en lo que profesionalmente esté dentro de mis competencias.

En este sentido, es importante que acordemos los límites de nuestra relación en cuanto a tu Salud Mental y para ello he creado este protocolo donde **concertamos qué hacer en caso de que tengas ideas relacionadas con la muerte, pensamientos o planeación suicida.**

Algunos **recursos inmediatos ante ideas leves** pueden ser coger un hielo en las manos y pasarlo por tu cara, darte masajes de presión profunda, poner tu película favorita, darte un baño o hacer algo de ejercicio, para regular tu sistema nervioso. También, si cuentas con ella, utilizar algo de medicación de rescate. Si te mantienes con estos pensamientos **debes llamar a una ambulancia o ir a urgencias.**

Necesitaré que me proporciones la **información de una persona para casos de emergencia** con quien me pueda comunicar si necesitas ayuda. Debes informarle que vas a darme sus datos y que podría ponerme en contacto con ella ante una situación de urgencia. Por favor rellena a continuación:

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE:

TELÉFONO:

POR FAVOR MARCA LA SIGUIENTE OPCIÓN:

SÍ AUTORIZO

A QUE LA MÉDICA SE PONGA EN CONTACTO CON ESTA PERSONA EN CASO DE QUE HAYA PELIGRO SOBRE MI BIENESTAR, PROTEGIENDO SIEMPRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE NUESTRA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE Y RIGIÉNDOSE POR LOS PRINCIPIOS QUE ESTABLECE LA LEY.

CONTRATO SOBRE LA VIDA

En este documento dejamos constancia de que hemos tenido esta conversación contractual acerca de la preservación de tu vida, por favor rellena a continuación:

EL/LA CLIENTE/A se compromete con **LA MÉDICA:** *en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño ni suicidarme.*

En dado caso:

- Llamaré a Emergencias: 112 o
- Llamaré al Servicio Telefónico de Ayuda: 024 o
- Haré algún movimiento físico (dar una vuelta, salir a pasear, hacer ejercicio, etc) o

- Haré algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si me parece agradable ahora mismo como si no) o
 - Llamaré y hablaré con un amigo u otra persona como mi Psicólogo
- SÍ ME COMPROMETO CON ESTE CONTRATO SOBRE LA VIDA**

RECURSOS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Servicios de Emergencias 112.

Línea de Atención a la Conducta Suicida 024

En caso niños y adolescentes en crisis, contacta con:

Fundación ANAR. 900 20 20 10.

<https://www.anar.org>

Cuenta con un teléfono 24 horas dónde los menores pueden llamar y serán atendidos por psicólogos y si es necesario la propia organización derivará a recursos especializados.

En caso de ser familiar o allegado de una persona con riesgo suicida o que ha fallecido por suicidio, puedes contactar con:

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental 91 507 92 48. feafes@feafes.org www.feafes.org

Servicio de orientación e información sobre asociaciones de familiares y de personas con una enfermedad mental en el territorio nacional.

ALAIA SUICIDIO.

<https://alaia-suicidio.com/>

Asociación que ofrece grupos de apoyo y acompañamiento en duelo a supervivientes de una pérdida por suicidio 91 549 47 56.

RED APIS. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del suicidio y Familiares y Allegados en duelo por suicidio. info@redaipis.org

<https://www.redaipis.org/asociaciones-en-duelo-por-suicidio>

Es una asociación formada por psicólogos expertos en la conducta suicida y parasuicida y por socios supervivientes. Atienden a familiares o allegados del entorno de una persona con ideación o conducta suicida. A familiares allegados en duelo por suicidio y a profesionales de salud mental.

Guía de autoayuda. Prevención del Suicidio. ¿Qué puedo hacer?

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17534>

Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, dirigida a profesionales sanitarios y

facilitadores sociales

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17859>

Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes

<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20325>

Fundación Española para la prevención del suicidio www.fsme.es

Aplicación para móvil PREVENSUIC www.prevenuic.org

Papageno. Plataforma de prevención del Suicidio www.papageno.es