

AFILIACIÓN AMALGAMA SOCIAL: NORMAS

D/D^a _____, mayor de edad, con DNI nº _____ y domicilio en _____

Doy mi consentimiento para afiliarme a la Asociación Amalgama Social. Con ello tendrá derecho a:

- Acceso a terapia psicológica de bajo coste según las normas establecidas en el consentimiento de terapia.
- Atención por parte de la trabajadora social del centro en las tareas competentes de la asociación.
- Disfrute de los talleres gratuitos en los horarios establecidos.

Normas:

- No se devolverá el dinero una vez afiliado.
- El pago de la afiliación te dará derecho a un año de servicios en la asociación.
- Se renovará anualmente para continuar disfrutando de los servicios ofertados.
- Para disfrutar de los servicios de la Asociación Amalgama Social se requieren dos condiciones: estar afiliados a la asociación y pagar la cuota anual 10€ anuales, una vez finalizado el año deberás volver a renovar la cuota para continuar disfrutando de los servicios ofertados.
- Se deberán cumplir las normas establecidas en el consentimiento de terapia y protocolos de intervención terapéutica.

DECLARA BAJO JURAMENTO

INGRESOS MENSUALES		GASTOS MENSUALES	
	0-300€		0-300€
	301€-600€		301€-600€
	601€-900€		601€-900€
	901€-1200€		901€-1200€
	1201€-1500€		1201€-1500€
	Más de 1500€		Más de 1500€

Declaro bajo juramento que mis recursos económicos son los que indico en la tabla y que no me permiten pagar más de _____ € por un bono de 4 sesiones para terapia psicológica en la Asociación Amalgama social.

En caso de mejora de mi situación económica a lo largo de la terapia se lo comunicaré al Departamento de Trabajo Social de la Asociación Amalgama Social. De no ser así, el paciente se arriesga a perder la plaza en la Asociación Amalgama Social.

Para que conste y surta los efectos oportunos donde proceda,

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado

CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA

D/Dña. _____ con DNI _____ doy consentimiento para recibir las sesiones de tratamiento psicológico con el equipo de *AMALGAMA SOCIAL*.

Igualmente, estoy de acuerdo con las siguientes normas de funcionamiento:

- La terapia tendrá una duración máxima de 9 meses. Que será revisada periódicamente.
- Las sesiones tendrán una duración de aproximadamente 55 minutos. Acudiré a las sesiones a la hora concertada puntualmente. En caso de no poder acudir a la hora prevista, me comprometo a informar de la cancelación o cambio de la misma, mediante llamada telefónica al centro, mensaje en el buzón de voz o correo electrónico a info@amalgamasocial.org
- Cualquier retraso por causas ajenas a AMALGAMA SOCIAL en el comienzo de una sesión no alterará la hora de finalización prevista. Se dará por anulada cualquier sesión que implique un retraso de más de 20 minutos sin aviso previo.
- La falta de asistencia a una sesión sin justificar o la falta reiterada de más de una sesión implicará la pérdida inmediata de plaza en el Centro ya sea gratuita o de precio social y la pérdida de los derechos de afiliación. **La falta de asistencia a una sesión implica la firma de la sesión que se fuese a tener en ese día debido a la reserva de despacho.**
- Las citas deben ser semanales. Con dos semanas sin cita se podría perder la plaza. En general, el horario que se acuerde al inicio de la terapia para las sesiones se mantendrá sin cambios.
- No se devolverá el dinero de las sesiones abonadas a las que no se asista ni el bono. En ningún caso, la ausencia a una sesión implica poder recuperar esa sesión.
- El proceso terapéutico podrá ser llevado en coterapia entre dos psicólogos.
- La terapia no está vinculada al mismo psicólogo.
- Si los psicólogos lo consideran beneficioso y necesario clínicamente, valorarán que el paciente acuda a los talleres gratuitos que ofrece el centro.
- Las sesiones terapéuticas podrán ser grabadas por los profesionales, en audio o vídeo únicamente con fines terapéuticos o formativos como parte de la metodología de trabajo del terapeuta. Todas las personas que puedan ver esta grabación están bajo el compromiso de preservar la privacidad y proteger el anonimato. Esta grabación se utilizará exclusivamente para:
 - o El visionado por parte de los psicólogos y su equipo terapéutico.
 - o La supervisión e investigación que se desarrolla en Amalgama Social.
 - o El entrenamiento y la formación de profesionales dentro del mismo Centro.

Estoy informado de que el centro se responsabiliza de la atención prestada a través de profesionales con licenciatura/grado y especializados que están completando su formación de postgrado. Utilizarán técnicas y medios de contrastada eficacia en beneficio del paciente y siempre con su consentimiento. Están tutorizados y supervisados por psicólogos sanitarios del equipo del Centro de Psicología NB dentro de su convenio con Amalgama Social.

Los destinatarios de la información e historial clínico serán el psicólogo o psicólogos de esta Clínica, implicados en el proceso asistencial, entendiéndose que el propio equipo de psicólogos puede supervisar el caso del paciente entre ellos siempre en beneficio de la terapia.

El **CENTRO DE PSICOLOGIA NB** subvenciona a **AMALGAMA** la terapia psicológica en sus instalaciones, con los psicólogos designados, con unas plazas limitadas. La trabajadora social realizará seguimientos de forma trimestral para evaluar la necesidad de continuar con la terapia o por si se modificaran los recursos económicos del paciente

FICHA DE AFILIACIÓN

Nº HISTORIAL _____

FECHA: ___ / ___ / ___

Nº AFILIACIÓN _____

TERAPIA: INDIVIDUAL__ PAREJA__ INFANTIL__ OTRA__ TERAPEUTA

A rellenar por Amalgama social

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DNI	ESTADO CIVIL
PROFESIÓN	
TELÉFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL

TUTORES

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DNI	ESTADO CIVIL
PROFESIÓN	

NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DNI	ESTADO CIVIL
PROFESIÓN	

HORARIO PREFERENTE	
--------------------	--

DATOS PERSONA DE CONTACTO	
---------------------------	--

NOS CONOCISTE MEDIANTE	
------------------------	--

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar nuestras actividades.

Sólo el personal de nuestra entidad que esté debidamente autorizado podrá tener conocimiento de la información que le pedimos. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales estemos obligados a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederemos a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

AMALGAMA SOCIAL

CALLE REAL, 59 ESCALERA IZQ. 1ªA, CP 28400, COLLADO VILLALBA (Madrid)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos por nuestra entidad, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es). EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Permismos específicos (marque la casilla correspondiente en caso afirmativo):

- 🗑️ Consiento el uso de los datos sobre mi salud para poder recibir los servicios solicitados.
- 📰 Consiento la publicación de mi imagen en Internet y otros medios similares, como redes sociales, web o blog, para difundir las actividades de su entidad
- 📧 Consiento el uso de mis datos personales para recibir publicidad de su entidad
- 🗣️ Consiento el uso de aplicaciones de mensajería instantánea (Whatsapp, Messenger, Telegram o similar) para contacto profesional con el Centro
- 👤 En el caso de personas menores de 13 años o incapaces, deberá otorgar su permiso el padre, madre o tutor del menor o incapaz.

EXISTE UNA VERSIÓN AMPLIADA DE ESTA INFORMACIÓN A SU DISPOSICIÓN TANTO EN NUESTRAS OFICINAS COMO EN NUESTRA PÁGINA WEB.

Firma del interesado (en su caso, padre, madre o tutor):

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____