

Dña \_\_\_\_\_

mayor de edad, con domicilio en C/ \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

y con NIF \_\_\_\_\_, madre del/la menor \_\_\_\_\_

Don \_\_\_\_\_

mayor de edad, con domicilio en C/ \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

y con NIF \_\_\_\_\_, padre del/la menor \_\_\_\_\_

**MANIFIESTAN**

\*Que consienten el Tratamiento en el **Centro Luria** de su hijo/hija \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, llevado a cabo por los profesionales del **Centro**, que hemos sido informados de que la información aportada al Profesional durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Según el/los Servicios Solicitados:

Cartera de Servicios:

NEUROPSICOLOGÍA  LOGOPEDIA  FISIOTERAPIA  TERAPIA OCUPACIONAL

\*Que hemos sido informados de los métodos de pago; Efectivo, TPV, Transferencia Bancaria y/o Bizum de los servicios anteriormente solicitados y que se abonarán: al finalizar cada sesión, al finalizar la semana de tratamiento y/o al finalizar el mes trabajado.

Así mismo, el **Centro** emitirá una Factura terminado el mes en curso con el número de sesiones trabajadas y el importe de las mismas (total mensual).

\*Que hemos sido informados y consentimos en que nuestro hijo/hija asista a \_\_\_\_\_ sesión/sesiones semanales de \_\_\_\_\_ minutos de duración. Los honorarios por cada una de estas sesiones serán de \_\_\_\_\_ euros. En el caso de no ser posible la asistencia a alguna cita, lo comunicaremos con al menos 24 horas de antelación. En caso contrario seremos financieramente responsables de esa sesión perdida, a menos que se trate de un accidente o enfermedad imprevista, debiendo abonar los honorarios correspondientes al comienzo de la siguiente sesión/mensualidad.

\*Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.

\*En el caso de que el/la Profesional del **Centro** lo estime necesario, consentimos  no consentimos  en que se registre la sesión mediante medios audio-visuales para su revisión personal.

Firma:  
Nombre:  
Apellidos de la madre:  
DNI:

Firma:  
Nombre:  
Apellidos del padre:  
DNI:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_