



## CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA OCUPACIONAL AÑO 2025

Este documento tiene como objetivo informar a los apoderados sobre el proceso de evaluación e intervención en terapia ocupacional, incluyendo los derechos y deberes del usuario, condiciones de pago, emisión de boletas, reprogramación y/o suspensión de sesiones y requisitos específicos para terapias de selectividad alimentaria en caso de ser necesarias.

Al firmar este consentimiento, el apoderado declara haber leído y comprendido la información aquí expuesta, comprometiéndose a colaborar activamente en el proceso terapéutico de su hijo/a para favorecer su desarrollo y bienestar.

Nombre usuario/a:	
Nombre apoderado/a:	
Relación del apoderado/a:	
Número de contacto:	
Correo electrónico:	

### **DERECHOS DEL USUARIO**

1. Recibir atención de terapia ocupacional de manera respetuosa en sesiones de 60 minutos en el horario acordado.
2. Ser informado con anticipación si se requiere alguna modificación de horario de atención.
3. Realizar una reunión (vía online) con el apoderado para comentar la evolución del niño/a cuando sea necesario.
4. Total protección de datos personales, resultados de evaluación, intervención, fotografías y videos.
5. Ser informado acerca de los objetivos y progresos de la intervención.

### **DEBERES DEL/LA APODERADO/A**

1. Participar activamente con las necesidades de terapia ocupacional que presente el niño/a.
2. Cumplir con las terapias en los días y hora acordadas.
3. Asistir a la terapia con cuaderno o carpeta de trabajo de ser necesario.
4. Realizar tareas y ejercicios en el hogar, tomando un rol de co-terapeuta.
5. Leer y firmar consentimiento informado.



## REQUERIMIENTOS PARA TERAPIA DE SELECTIVIDAD ALIMENTARIA

Para las sesiones dirigidas a la intervención en selectividad alimentaria, el apoderado deberá proporcionar los alimentos específicos que la terapeuta determine para cada sesión. Esto es fundamental para personalizar la intervención y trabajar con los alimentos relevantes para cada niño/a, respetando siempre sus necesidades y nivel de exposición gradual.

La terapeuta informará con anticipación los alimentos requeridos para la sesión.

Se sugiere que los alimentos sean enviados en un formato adecuado para su consumo (porciones pequeñas, cortados si es necesario, en recipientes higiénicos, etc.).

Considerar:

- Si el apoderado no puede proporcionar algún alimento, deberá avisar con anticipación para ajustar la sesión o buscar una alternativa.
- En caso de alergias o restricciones alimentarias, es responsabilidad del apoderado informar a la terapeuta con anticipación para evitar riesgos.
- La terapia seguirá un enfoque gradual y respetuoso con el niño/a. No se forzará la ingesta de alimentos, sino que se trabajará en la exposición progresiva según el ritmo y tolerancia de cada niño/a.
- La familia deberá reforzar en casa las estrategias trabajadas en sesión para favorecer la progresión y efectividad de la intervención.
- Se recomienda que cada niño/a cuente con su propio plato, vaso y utensilios de uso personal, los cuales podrán permanecer guardados en la sala de terapia con su respectivo nombre y apellido, ya sea en una bolsita, mochila u otro medio adecuado.

El compromiso y la participación activa de la familia en este proceso son clave para lograr avances significativos en la alimentación del niño/a.

## INFORMACIÓN DE PAGOS

- Se realiza la primera **entrevista inicial de manera gratuita**, donde se consideran 60 minutos online (dependiendo la disponibilidad horaria de los padres del usuario y de la Terapeuta Ocupacional) para obtener información relevante que guiará el proceso de evaluación e intervención.



- Luego se continúa con evaluación directa con el usuario la cual es presencial (sesión de 60 minutos) y su **duración es desde 1 hasta 2 sesiones.**
- Terminada la evaluación directa con el niño, la profesional a cargo se pondrá en contacto para realizar la retroalimentación y entrega de informe de la evaluación (dentro de 7 días hábiles) la cual se llevará a cabo de forma online

### **COSTOS DE EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y REEVALUACIÓN**

- Evaluación inicial **\$27.000.**
- Sesiones de intervención **\$25.000 (promoción: si paga 4 sesiones por adelantado quedaría un valor de \$94.000 en total).**
- Reevaluación **\$26.000.**

Cada 6 meses de terapia ocupacional y/o vuelta de vacaciones de verano (si se considera necesario) se realiza reevaluación, para tener conocimiento de los avances del niño/a con respecto a los objetivos planteados.

- El medio de pago es a través de una transacción bancaria. Este pago se debe realizar de forma semanal o mensual, como **máximo un día antes** de la terapia.
- Se debe enviar comprobante de pago por el medio de comunicación que se utilice acordado entre ambas partes (Whatsapp o correo electrónico).

Emisión de boletas:

- Las boletas de honorarios son emitidas luego de 4 sesiones realizadas.
- La emisión de estas será los días **viernes entre 19.00 y 19.30 hrs. y lunes entre 08.30 y 09.00 hrs**

En caso de que la emisión no se realice el día viernes dentro del horario establecido, se procederá a su emisión y envío el día lunes en el horario indicado.

Las boletas serán enviadas a los apoderados en un horario adecuado, garantizando una comunicación oportuna y organizada del proceso de pago.

### **DATOS BANCARIOS**

Alinkay Vera. 21.001.766-6

Banco Santander. Cuenta Corriente. 0 000 83 81468 3

[alinkayvera.to@gmail.com](mailto:alinkayvera.to@gmail.com)



Marque su opción de pago:

- Opción 1: Pago por cada sesión, con máximo 1 día de anticipación para confirmar cupo.
- Opción 2: Pago mensual anticipado, se reservan todos los cupos del mes.

#### CONDICIONES DE SUSPENSIÓN DE SESIÓN

- Se cancela sesión con 4 horas mínimo de anticipación, pudiendo re-agendarla durante el mes.
- Sólo se re-agendan 2 sesiones mensuales (sólo las que son justificadas con 4 horas de anticipación).
- Aquella sesión donde el usuario se ausente o cancele dentro de las 4 horas previas a la hora agendada se da por realizada y se cobra.

Acepto iniciar tratamiento de terapia ocupacional con la Terapeuta Alinkay Vera Valenzuela, declaro haber tomado conocimiento de los deberes, derechos y condiciones de la terapia ocupacional.

- Sí
- No

Autorizo a la Terapeuta Ocupacional Alinkay Vera Valenzuela y a Dulce Hogar a realizar registros audiovisuales con fines terapéuticos, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de los datos.

- Sí
- No

Permito que los registros audiovisuales sean compartidos en Redes Sociales, con fines terapéuticos y promocionales de la terapia ocupacional, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de los datos y rostro del usuario/a. (Instagram: @alinkayverato - @dulcehogarph)

- Sí
- No

---

Firma y rut apoderado/a