



CONTRATO TERAPEUTICO

- Acudir a su cita programada el día y la hora señalada con 5 minutos de anticipación.
- Tolerancia máxima de 10 minutos para que se le brinde la atención, de lo contrario deberá reprogramar su cita.
- Pacientes menores de edad deberán acudir acompañados de un familiar responsable.
- Cada sesión deberá mostrar su recibo de pago a su psicóloga.
- La duración de las sesiones será de entre 45 min y una hora completa, según la necesidad de cada paciente.
- Si en algún momento no puede acudir a su cita, podrá avisar previamente al personal o vía telefónica, de lo contrario se anotara como falta en el expediente.
- Cuando existan 3 faltas consecutivas se dará de baja y para poder retomar el servicio será necesario acudir personalmente a las instalaciones de DIF.
- La información escrita en el expediente será estrictamente confidencial por lo que solo la psicóloga tiene acceso a ella y nadie más.
- La información consentida en el expediente podrá ser revelada solamente en caso de un problema legal y mediante solicitud por escrito de alguna autoridad competente o cuando la vida del paciente o terceras personas esté en peligro.
- Pacientes canalizados a otros servicios o instituciones deberán acudir a dicho servicio de lo contrario el psicólogo no se hará responsable de su tratamiento.
- El paciente es responsable de su tratamiento y se compromete a llevar a cabo las recomendaciones que le sean funcionales y que le aporten beneficios, en pacientes menores de edad el familiar responsable será el encargado de llevar a cabo las recomendaciones para dicho tratamiento.
- **SI POR ALGUN MOTIVO CAMBIA EL NUMERO TELEFONICO, FAVOR DE AVISAR INMEDIATAMENTE A SU PSICOLOGO**
- Por ser un servicio público existe gran demanda de pacientes, por lo que se pide la tolerancia en cuanto a las citas agendadas, así mismo por cuestiones administrativas, salidas a reuniones, atención a reportes de maltrato, impartición de talleres y/o suspensión de actividades existe la posibilidad de que la psicóloga no se presente y tenga que re agendar su cita.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



Día _____ de _____ de 2020.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda por favor hágala saber.

1.- Uso y confidencialidad de los datos.

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgados ni entregados a ninguna institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo de acuerdo a la ley, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en riesgo o peligro su integridad física o mental.

2.- Modelo de tratamiento

El tratamiento que se brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado que puede ser más funcional en unos casos sobre otros. Durante las primeras sesiones, la psicóloga discutirá el motivo con el paciente y obtendrá información relevante.

3.- Revocación del consentimiento

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la psicóloga para la evaluación y tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso y participación, asistencia y puntualidad, si este punto no se cumple adecuadamente se da por finalizado el tratamiento y el profesional se encontrará exento de toda responsabilidad terapéutica y legal respecto del paciente y su accionar, además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas con información personal que será utilizada por la profesional para la evaluación y tratamiento.



4.- Yo

Paciente identificad(x) manifiesto:

- a) Mi aceptación al proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por su servidora Lic. en Psic. Alma García Martínez y que ha sido explicado y entendido por mí, cuyas condiciones generales me ha aclarado la psicóloga.
- b) Que la información que le brindo a la psicóloga es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención adecuadas a la problemática expresada.
- c) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

Firma del paciente

En el caso de paciente menor de edad, el contrato es firmado por su tutor(a) legal.

Nombre del paciente:

Nombre del tutor (a):

Firma del tutor (a):



HOJA DE EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NO. DE SESIÓN	SEGUIMIENTO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	