



Nombre de la persona: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alcaldía de procedencia: _____

Por qué medio se enteró del servicio _____

Manifiesta que:

Solicito **la evaluación psicológica** para _____ de ____ años de edad y consiento que sea llevado a cabo en las instalaciones _____ por _____.

1. Estoy informad@ de que las sesiones de **evaluación** tienen una duración de **50 minutos** y el número de sesiones **se estiman entre 5 a 8 sesiones**.
2. Estoy informado que **los costos de la evaluación son** de \$ _____ por las sesiones de evaluación y **por la entrega del reporte conclusivo de la evaluación; no recibo ninguna prueba de manera individual**, pues una sola prueba incluida en la batería de evaluación, no refleja los resultados de la evaluación integral.
3. Estoy informado que **el pago de la evaluación se realizará en tres pagos**, cada uno correspondiente a \$ _____ que se dará al solicitar los servicios de evaluación, el segundo pago será de \$ _____ que se dará en la tercera sesión de evaluación y el último pago de \$ _____ será previo a la entrega de resultados.
4. Estoy informado de que las citas para la aplicación de pruebas queda agendada y registrada por medio de un mensaje de watts app, donde especifica fecha y hora de aplicación de pruebas.
 - 4.1 En caso de **llegar retrasados a la cita programada, se tomará el servicio terapéutico, por únicamente el tiempo que resta de la sesión** a partir de la hora previamente programada; lo cual retrasa el proceso de evaluación y asumo la responsabilidad del retraso consecuente.
 - 4.2 **Toda cancelación que haga de mi cita debe ser con 48 horas de anticipación, de no ser así debo cubrir una penalización correspondiente a \$ _____.**
 - 4.3 Recibiré, un recordatorio de cita a mi celular, pero está no es considerada como un registro de cita, **de cancelar en este momento la cita o posterior a esto, se debe cubrir un costo total correspondiente a lo indicado en la penalización**. Los mensajes de confirmación solo son un recordatorio y se realiza dentro de las últimas 24 horas de la cita.
5. **Autorizo tener un expediente personal** donde estén mis datos personales, registro de avances y material de tratamiento, estos **resguardados por el profesionista para su uso confidencial**.
6. He sido notificad@, de **que la información aportada al profesionista durante el proceso terapéutico, está sujeto a secreto profesional y no puede ser divulgada a terceras personas**.
7. **Bajo previa solicitud**, autorizo en el caso de que el profesionista lo estime necesario, registre la sesión mediante medios audiovisuales para su revisión personal y/o la supervisión consentida con otro terapeuta calificado.

CONTRATO DE EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA PARA ADULTOS

8. Acepto en caso de abandonar la evaluación por decisión personal o no participar en las actividades solicitadas, asumiré la responsabilidad de no obtener los resultados esperados.

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

Nombre y firma del paciente



Firma de Psicología VIP México