

CONTRATO TERAPÉUTICO PARA LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA ADULTOS



Nombre de la persona: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alcaldía de procedencia: _____

Por qué medio se enteró del servicio _____

Manifiesta que:

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

1. Estoy informad@ de que las sesiones de **terapia individual** tienen una duración de **50 minutos** y las sesiones de **terapia de pareja o familia** tiene una duración de **90 minutos**.
2. Estoy informado que los costos de la terapia son de \$ _____ por sesión individual y de \$ _____ por sesión de pareja o familiar.
3. Estoy informado de que la cita queda agendada y registrada por medio de un mensaje de watts app, donde especifica fecha y hora de terapia.
 - 3.1 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.
 - 3.2 **Toda cancelación que haga de mi cita debe ser con 48 horas de anticipación, de no ser así debo cubrir el 100% del costo de la consulta.**
 - 3.3 Recibiré, un recordatorio de cita a mi celular, **pero está no es considerada como un registro de cita, de cancelar en este momento la consulta o posterior a esto, se debe cubrir su costo total, pues este solo es un recordatorio y se realiza dentro de las últimas 24 horas de la cita.**
4. **Autorizo tener un expediente personal** donde estén mis datos personales, registro de avances y material de tratamiento, estos **resguardados por la psicóloga para su uso confidencial**.
5. He sido notificad@, de **que la información aportada a la psicóloga durante el proceso terapéutico, está sujeto a secreto profesional y no puede ser divulgada a terceras personas.**
6. **Bajo previa solicitud**, autorizo en el caso de que la psicóloga lo estime necesario, registre la sesión mediante medios audiovisuales para su revisión personal y/o la supervisión consentida con otro terapeuta calificado.
7. **Acepto en caso de abandonar el tratamiento por decisión personal o no participar en las actividades solicitadas, asumir la responsabilidad de no obtener los resultados esperados.**

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

Nombre y firma del paciente

Firma de Psicología VIP México

