



Nombre del niñ@: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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 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 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 de mi hijo** donde estén los 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 sujeta 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. He sido notificad@ que **como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hij@ y el terapeuta.** Así mismo, **tengo conocimiento que si mi hijo ha cumplido 12 años, se habrá de considerar su opinión y también debe firmar el consentimiento.**

8. He sido informado, que el profesional está obligado a revelar ante las instancias oportunas, información confidencial en aquellas situaciones que pudiera representar un riesgo muy grave para nuestro hij@, terceras personas; o bien, porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el profesional está obligado a proporcionar solo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
9. 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 menor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de Psicología VIP México