

CONTRATO DE EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA PARA ADULTOS



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 quedan agendadas y registradas por medio de un mensaje de wats 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. El profesional se reserva el criterio de valorar el encuadre terapéutico y la continuidad del proceso cuando no se cumplan las condiciones necesarias para su adecuado desarrollo, incluyendo faltas de respeto, incumplimiento reiterado de acuerdos, dificultades de mantenimiento de los límites del encuadre terapéutico y/o falta de adherencia al tratamiento.

El proceso terapéutico requiere un entorno de respeto mutuo, compromiso y seguimiento de las recomendaciones profesionales. En caso de que estas condiciones no se sostengan, se podrá dar por finalizada la relación de manera ética y responsable, procurando, cuando sea pertinente, la derivación a otro profesional.

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 paciente



Firma de Psicología VIP México