



Nombre del niño@: _____

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 **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 agendada y registrada 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 de mi hijo** donde estén los datos personales, registro de avances y material de tratamiento, estos **resguardados por la psicóloga para su uso confidencial.**
6. 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.**
7. **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.

8. 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.**
9. He sido informado, que **el profesionista 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 profesionista está obligado a **proporcionar solo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.**
10. 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.

11. **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