

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



CONTRATO TERAPEUTICO

Manifiesto estar de acuerdo con las siguientes condiciones de trabajo terapéutico propuestos por el CIIP:

- 1.- Se comprometo a aceptar las condiciones de trabajo que su terapeuta le proponga en lo tocante a la duración de las sesiones, número e intervalo entre sesiones, honorarios, etc.
- 2.- Es necesario que sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación, ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido, (el teléfono del CIIP se encuentra en el carnet que usted recibirá). Es importante que tome en cuenta que dos inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio, debido a que su progreso depende de la asistencia constante a sus sesiones.
- 3.- Tanto el paciente como el terapeuta podrán finalizar la terapia en el momento que lo consideren pertinente.
- 4.- Las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o video y en otras sólo observadas (atrás del espejo), previa conocimiento y autorización por parte del paciente. Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados en la carrera de Psicología, supervisados por los terapeutas del Centro a fin de monitorear la calidad y la consistencia del tratamiento.
- 5.- Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicada, esta información quedará bajo resguardo del CIIP.
- 6.- Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar a cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten e incluso dejar la terapia, previo aviso. En cualquier caso usted podrá solicitar alguna alternativa de terapia o tratamiento.
- 7.- Se comprometo a responder un cuestionario 6 meses después de finalizar la terapia en el CIIP, para ello se le programará una cita para que lo conteste, con la finalidad de evaluar su estado y nuestros métodos terapéuticos. Dicho cuestionario tiene una finalidad de investigación.

Observaciones: _____

MANIFIESTO QUE HE ENTENDIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES QUE ANTECEDEN.

Fecha:

Nombre(s) y firma(s) de él (los) asistente(s) a la entrevista:

