

CONTRATO FAMILIAR Y DEL O LA PACIENTE.

EL SIGUIENTE CONTRATO HACE REFERENCIA A LOS LÍMITES DE LA RELACIÓN PROFESIONAL **TERAPEUTA-PACIENTE**. EN CASO DE LOS MENORES DE EDAD, LA RELACIÓN SERÁ MULTIMODAL: **TERAPEUTA-PACIENTE-FAMILIA-CONTEXTO ESCOLAR**.

A.- SERVICIOS Y COMPROMISO COMO TERAPEUTAS: Otorgar un servicio profesional y de calidad a las y los usuarios, prestando obediencia al código ético de la psicología. Los servicios que ofrecemos son: atención psicológica de acuerdo a los lineamientos de **IMPA**, orientación psicológica a la familia, evaluación, diagnóstico y tratamiento. Nos comprometemos a trabajar bajo los principios de confidencialidad, teniendo un alto compromiso con padres y madres de familia. En caso de que la o el paciente tenga menos de 12 años, el resultado y diagnóstico se entregarán primeramente a papá o mamá. Sin embargo, después de los 12, la confidencialidad será respetada con la o el paciente, así que la información revelada hacia la familia, será con fines terapéuticos. En casos donde la vida o salud de la o el paciente o de alguna otra persona se vean afectadas o en peligro, se romperá este principio y se informará a la instancia correspondiente.

B.- DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES: La duración de las sesiones corresponden de 30-50 minutos, con una frecuencia de una sesión cada 15 días (la frecuencia será ajustable según cada caso).

C.- DISPONIBILIDAD: Por cuestiones de población en lista de espera de **IMPA**, se da importancia a las asistencias a consulta: dos faltas consecutivas sin avisar con un anticipo de 24 horas, se dará de baja automáticamente. En caso de cancelar al menos 3 sesiones, se dará de baja automáticamente. Esto va en función de dar espacio a otros pacientes. Si el paciente quisiera reanudar la consulta, avisará al o la terapeuta y se pondrá en lista de espera hasta nuevo aviso.

D.- COMPROMISO DE LA FAMILIA: En el tratamiento de menores de edad, la inclusión de madre y padre es necesaria para el avance terapéutico, **POR LO MENOS** en las primeras 3 sesiones. Por lo que el padre o madre se comprometen a traer al menor a todas sus sesiones o por lo menos ayudarlo con el pasaje (en algunos casos de adolescentes). En caso de problemas de salud o emergencia, la falta será justificadas con el pronto aviso. El padre o la madre se compromete a efectuar las

actividades o ejercicios domésticos que el o la menor necesita para avanzar en su tratamiento. Mientras el o la paciente esté en tratamiento, se solicita, se comprometan a asistir a la plática mensual de la coordinadora de la subprocuraduría de la defensa del menor, la familia y el adulto mayor. En caso de ser necesario, comprometerse a asistir a instituciones de canalización (para recibir apoyo extra), se dará seguimiento a la institución canalizada.

HE LEÍDO TODO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR PARA EL AVANCE EFECTIVO EN EL TRATAMIENTO DE MI HIJO.

Firma y nombre de padre.

Firma y nombre de la madre.

Nombre y firma de paciente

Nombre y firma de coordinadora.

Nombre y firma de terapeuta