**CONTRATO TERAPÉUTICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mediante el siguiente documento se deja constancia que, por decisión personal y responsable, yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_inició un proceso terapéutico con el/la Psi. Liliana Astrid Arciniegas Ochoa, con registro 17064 del Min salud.

Tengo claro que en este contrato comprometen las dos partes a trabajar en beneficio del paciente. Según los derechos y obligaciones que establece la ley 1090 del 2006/ Código de Ética del Psicólogo. Dentro de las obligaciones esta la confidencialidad: “*Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad*.”. El paciente tiene derecho a interrumpir cuando desee el tratamiento. Los honorarios de cada sesión se abonarán al iniciar o al terminar cada sesión, siendo el costo de la consulta de $250.000 pesos m/cte sesión inicial de 120 minutos y $180.000 pesos m/cte, sesión individual de 75 minutos cada una. Las sesiones se llevarán a cabo, dependiendo de la disponibilidad del paciente, o por necesidades concretas de la intervención. preferiblemente 1 o 2 por semana. El paciente se compromete a asistir puntualmente a las sesiones. en el horario acordado, se tendrá una tolerancia de 15 minutos, en el caso de que se ausente sin previo aviso o no justifique su causa con 24 Hs de antelación y por causa razonable deberá también abonar los honorarios del profesional. En el caso de que el paciente no asista a 3 sesiones consecutivas sin previo aviso se da por finalizado el tratamiento terapéutico y el profesional se encontrará exento de toda responsabilidad terapéutica y legal respecto del paciente y su accionar. Además, se compromete el paciente a realizar las tareas, ejercicios y trabajos indicados por el profesional tratante. El paciente podrá comunicarse con el profesional al celular 3172177047 en horarios laborales para comunicar sus ausencias, solicitar cambios de turno y tiempos dentro del proceso terapéutico.

Yo ………………………………………………………... afirmó haber leído estar de acuerdo con el contrato terapéutico y doy mi consentimiento para iniciar el tratamiento psicoterapéutico.

*Aclaración:* En el caso de que el paciente sea menor de edad el contrato es firmado por sus padres o tutor legal.

Nombre y firma del menor mayor de 14 años

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de los padres, cuidadores o tutores:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Psi. Tratante