



IMPA

INSTITUTO MUNICIPAL DE PREVENCIÓN PARA ADOLESCENTES

H. Caborca, Sonora a ____ de _____ del 2023

CONTRATO FAMILIAR

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, obedeciendo el código ético de psicología. Los servicios que ofrecemos son: atención psicológica de acuerdo a los lineamientos de **IMPA**, orientación psicológica a la familia, evaluación, diagnóstico y tratamiento. En cuando a la evaluación, el resultado y diagnóstico se entregarán a papá y/o mamá. Sin embargo, 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 omitirá este principio y se informará a la instancia correspondiente.

B.- DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES: La duración de las sesiones corresponden de 45-50 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 alta importancia a las asistencias a consulta; al tener 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 que el padre o madre (o tutor en dado caso) se comprometen a traer al menor a todas sus sesiones. En caso de problemas de salud o emergencia, la falta será justificada con pronto aviso. También se comprometen a efectuar las actividades e indicaciones brindadas por la psicóloga que, él o la menor necesite para avanzar en su tratamiento.

En caso de ser necesario, comprometerse a asistir a instituciones de canalización como: terapia psicológica para papá y/o mamá, pláticas, talleres para padres, etc. De igual forma cumplir con la canalización del paciente a instituciones y a programas deportivos, culturales, educativos (en caso de no estar estudiando, retomar los estudios). Esto con el fin de que el paciente lleve un tratamiento complementario para la mejora de todas sus áreas (personal, emocional, social y educativa). Se dará seguimiento a la institución canalizada.

HE LEÍDO TODO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR LO ESTABLECIDO 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