



Instituto Hispanoamericano de Suicidología
Dr. Alejandro Águila y Asociados, A.C.

CONTRATO PSICOTERAPEUTICO

En la Ciudad de México, D.F., el día ____ de _____ de _____, con el **Instituto Hispanoamericano de Suicidología. Dr. Alejandro Águila y Asociados, A.C** .Se reúnen las siguientes personas: El **Psicoterapeuta** cuyo nombre es _____ y por otra parte el (la) **Paciente**, cuyo nombre es _____, para establecer los lineamientos del tratamiento terapéutico con base a las siguientes:

CLAUSULAS

- 1- El Psicoterapeuta *se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente arriba mencionado* (a) de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en México. Así mismo, se compromete a **orientar con claridad al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.**

El Psicoterapeuta se compromete a que *la información* que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, *será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto* que marquen los cánones éticos de la Psicología.

El Psicoterapeuta *se compromete a asistir puntualmente a las citas* que se haya señalado con anterioridad y si por algún problema de fuerza mayor no pudiese asistir a la cita, avisará al paciente con 24 horas de anticipación como mínimo.

En caso de no hacerlo de esta forma se bonificará la cuota de consulta a la siguiente sesión terapéutica

- 2- El **Paciente se COMPROMETE** a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.

El paciente se **COMPROMETE a realizar un examen médico** para proveer datos que ayuden a su recuperación.(solo si el caso lo amerita)

El (la) Paciente está de acuerdo en cubrir las sesiones terapéuticas que ascienden a _____ de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.

Por cada sesión comprometiéndose a **asistir a diez sesiones terapéuticas como mínimo**. Así mismo, el (la) paciente está de acuerdo en cubrir el costo de la

evaluación Psicológica que se practique, por medio de pruebas psicológicas el cual tiene un costo de_____.

El Paciente se COMPROMETE a **asistir puntualmente a las citas** que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al Terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo. (SI NO LO HICIESE DE ESTA FORMA, PAGARA AL PSICOTERAPEUTA EL COSTO POR CONSULTA, COMO SI SE HUBIESE EFECTUADO EN FORMA NORMAL).

PSICOTERAPEUTA

Nombre: _____

Firma: _____

PACIENTE

Nombre: _____

Firma: _____

**En caso de ser menor de edad
o no tener una responsabilidad
de sus actos.**

Nombre: _____

Firma: _____

**Tipo de relación o parentesco con el
paciente:** _____

Dirección: _____

Teléfono (s): _____
