**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgo mi consentimiento hacia los siguientes derechos y responsabilidades que implica el proceso terapéutico que estoy iniciando el día de hoy con el terapeuta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***RESPONSABILIDADES***

1. El paciente se compromete a acudir a las citas programadas en la Recepciónde la Clínica o concertadas por teléfono.
2. En caso de tener la necesidad de cancelar alguna de ellas, se deberá avisar con almenos 24 horas de anticipación dentro de los horarios de servicio de la Clínica, aprovechando la misma llamada para volver a programar la cita de acuerdo a la disponibilidad de horario del terapeuta.
3. De no cumplir con el punto anterior, y sin importar la razón que fuere, el paciente deberá pagar el costo total de la cita no cancelada con anticipación, haciendo efectivo dicho pago en la sesión inmediata programada posterior a la falta.
4. En caso de una cancelación en un lapso menor a 24 horas, por alguna causa de fuerza mayor, quedará a decisión del terapeuta si la consulta amerita ser cobrada o no, entendiendo que de no serlo, la Clínica no se hace responsable del pago del terapeuta por la falta del paciente.
5. El paciente asume la responsabilidad de llegar almenos 10 minutos previos a la hora de su cita, con el fin de que la misma comience puntualmente y se aproveche el tiempo estimadopara su sesión.
6. El paciente contará con 20 minutos máximo de tolerancia para su llegada; de no cumplir con esto, el terapeuta se reserva el derecho de ya no atenderle y cobrarla o bien, trabajar los minutos restantes de los 60 de la misma, sin obligación a reponer los minutos de la demora.
7. El paciente **no puede adeudar sesiones**; en caso de que exista la imposibilidad para liquidar alguna de ellas, deberá de llegar a un acuerdo de pago posterior con la Dirección Administrativa y el terapeuta asignado, quedando entendido que dicho adeudo **no puede prolongarse a más de tres sesiones**, resaltando que la Clínica no tiene obligaciones para el pago de las mismas.
8. El paciente deberá informar al terapeuta de faltas consecutivas o prolongadas, ya que después de 2 ausencias no informadas o justificadas se tendrá que asignar el espacio a otro paciente de la lista de espera.
9. El paciente da por entendido que se apegará a las reglas que la Clínica establece, estén o no mencionadas en el presente consentimiento, ya que el objetivo principal del reglamento de la misma es brindar el mejor servicio posible para las personas que asisten a consulta.

**DERECHOS**

1. El paciente tiene derecho de ser atendido por terapeutas capaces, con actitudes de respeto hacia su persona y de apoyo para atender su motivo de consulta.
2. En caso de ser necesario, el terapeuta deberá cumplir con el mismo criterio de cancelación para los pacientes, es decir, con almenos 24 horas antes, así como a reagendar la cita lo antes posible de acuerdo a los espacios en la agenda de la clínica, ya que de lo contrario la Clínica no podrá garantizar la disponibilidad del espacio.
3. El expediente del paciente se guardará con absoluta confidencialidad; sólo el terapeuta a cargo tendrá acceso asu contenido, o en su caso, la Dirección Clínica para consultar temas de índole ética o legal que pudieran surgir relevantes a los contenidos de las sesiones; en cuyo caso se le avisará sin excepción al paciente y al terapeuta.
4. En caso de que el paciente sea un menor de edad, este consentimiento deberá ser firmado por un responsable quien queda a cargo de los deberes del mismo, haciéndose acreedores ambos a los derechos que éste plantea.
5. El paciente, se reservará el derecho a permitir que el terapeuta audio grabe o video grabe las sesiones, entendiendo que el fin de dichos registros siempre será el de la supervisión del caso con un experto, académico o de investigación, con el resguardo total de la confidencialidad del nombre del paciente.

ACEPTO GRABACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_ NO ACEPTO GRABACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre completo y firma del Paciente Nombre completo y firma del Terapeuta

México D.F. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.