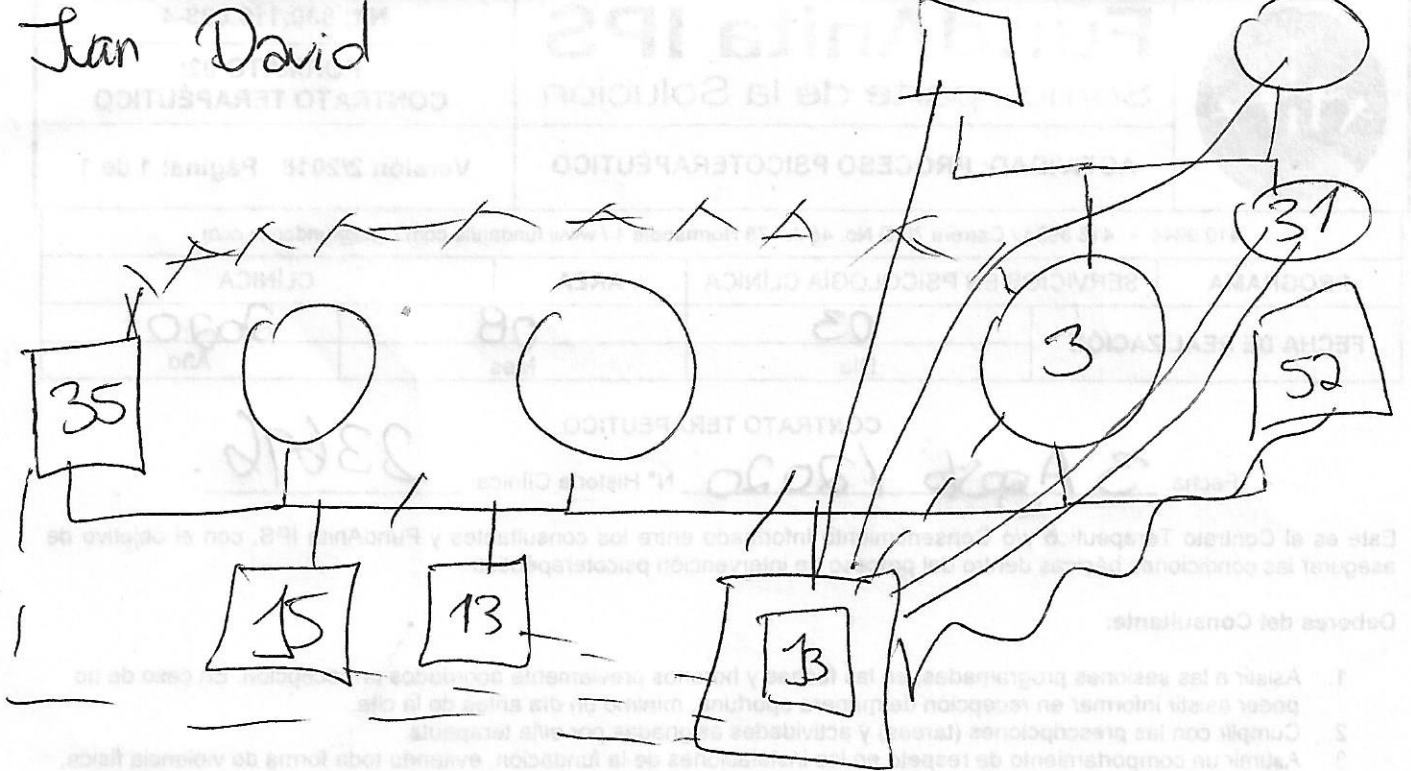


Juan David



Como parte del consentimiento informado, los consultantes que a continuación se detallan, se comprometen a:

1. Asistir a las sesiones programadas.
2. Cumplir con las prescripciones (farmacológicas y psicológicas) y actividades sugeridas por el terapeuta.
3. Asistir un comportamiento de respeto y cooperación en el momento de la sesión.
4. Hacer conocer a la Fundación cualquier anomalía en el servicio, para o sugerencia mediante el buzón de sugerencias o las recepciones.
5. Apagar los celulares durante la sesión.
6. Los padres y/o acudientes de menores de edad asistirán y entenderán que el proceso es familiar y que deberán respetar el abordaje con su hijo/a.

El presente documento es un documento sagrado, confidencial, que no será compartido sin orden expresa por parte de la Fundación Clínica de Psicología Clínica y de Familia "Anita" y Grupo de Conexión. La duración de la sesión es de 45 minutos. En caso de retardo el tiempo será descontado. El proceso y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

4. De ser requerido por el consultante se generará un certificado de asistencia en recepción, este no tiene validez de confidencialidad, lo cual quedará consignado en el informe descrito en el punto anterior.

5. La entidad interviniente o terceros, pueden solicitar información del caso, siempre bajo los parámetros de la entrega en la siguiente consulta o diez días hábiles.

6. El cumplimiento de los compromisos pueden reducir un informe parcial después de la tercera sesión, el cual será entregado en la siguiente consulta o diez días hábiles.

7. Al tener el cumplimiento o incumplimiento de datos por parte del caso, serán consignados como deserción.

Nota:

1. Ejercicio en cámara de Gessell.
2. Grabación de la sesión en audio o video.
3. Grabación de la sesión en equipo profesional, en beneficio del proceso.
4. Grabación de la sesión en video.
5. Grabación de la sesión en audio o video.
6. Grabación de la sesión en audio o video.
7. Grabación de la sesión en audio o video.
8. Grabación de la sesión en audio o video.

NOMBRE TERAPEUTA	T.R. / DOCUMENTO	FIRMA
Martha A. Ospina	11.11.23.021	[Firma]