**CARTA COMPROMISO PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON ANTENCIÓN EN LA OFICINA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA CEEAIV**

Quien suscribe

Parentesco o vínculo con solicitante /Nombre completo de quien recibe la atención.

C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en mi carácter de víctima \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y en representación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con carpeta de documentos iniciada en la Subdirección de Atención Inmediata y Primer Contacto de esta Comisión Ejecutiva Estatal, me comprometo a:

1. Previo al inicio de las sesiones psicoterapéuticas haré de conocimiento a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que solicité la atención psicológica para que él (ella) tenga oportunidad de elaborar los impactos psicoemocionales derivados del delito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_realizado contra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y, respetaré su decisión tanto si acepta el servicio como si se niega al respecto, en tal caso, estoy consciente que quedará la cita abierta para cuando él (ella) desee solicitarlo por mi conducto o el de otra persona adulta que tenga su guardia y custodia.

Parentesco o vínculo con VD /Nombre completo de VD

Nombre completo de quien recibe la atención.

1. Si en las sesiones se identifica que estas versan sobre un tema distinto al hecho victimizante, el personal de psicología sugerirá la atención pertinente en otra instancia pública o particular, quedando bajo mi responsabilidad la elección y gestión de la misma.
2. Asistirá puntualmente en el horario de atención acordado, con una tolerancia máxima de 10 minutos; de no ser así, se reagendará nueva cita.
3. Si la sesión inicia después de la hora acordada, sólo se utilizarán los minutos restantes hasta completar la hora.
4. Si el (la) NNA a quien represento no puede asistir a su sesión lo haré de conocimiento previamente para reagendar la cita, en este caso no se considera inasistencia.
5. Si por alguna razón, derivado de las actividades de la CEEAIV el (la) psicólogo (a) solicita el apoyo para cancelar y/o reagendar la cita, tampoco se considerará falta y, el (la) terapeuta me contactará para acordar nueva cita.
6. Solo se considerará inasistencia no avisar que no acudirá y/o no asistir a la sesión.
7. Después de una inasistencia estableceré contacto para reagendar.
8. Al acumular 3 inasistencias consecutivas su expediente pasa a inactivo durante 12 semanas, después de ese tiempo podré solicitar nuevamente la reactivación de sus citas, de esta manera habrá espacio para la atención de otras
9. En caso de acordar asistir en un horario que corresponda con alguna actividad laboral y/o académica, la Subdirección de Atención Inmediata y Primer Contacto generará un justificante que será entregado posterior a la sesión psicoterapéutica.
10. De haber la oportunidad se invitará a quien represento y/o a quien suscribe a participar en actividades (talleres/cursos/pláticas) sugeridas por la Oficina de Atención Psicológica para favorecer el proceso.
11. Tanto quien represento como quien suscribe, mostraremos disposición, apertura y colaboración en las actividades derivadas del proceso psicoterapéutico a fin de cumplir con los objetivos propuestos.
12. Cuando se cumplan los objetivos psicoterapéuticos se dará por terminado el proceso.
13. O bien si \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ considera que se han abarcado los temas o decide parar el proceso se dará la alta voluntaria con posibilidad a cita abierta.

Nombre completo de quien recibe la atención.

1. Me comprometo a comentar todo lo anterior con NNA antes que inicie su atención psicológica.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma de padre, madre o tutor (a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma de personal de psicología |
|  | |