**CARTA COMPROMISO PARA PERSONAS ATENDIDAS**

**EN LA OFICINA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA CEEAIV**

Quien suscribe

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

1. Asistir a las sesiones terapéuticas para elaborar los impactos psicoemocionales derivados del delito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizado contra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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. Derivado de la gestión institucional realizada por la CEEAIV para el préstamo de espacios de atención en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a respetar los protocolos de esta dependencia, así como los horarios de atención establecidos.

Nombre de la dependencia.

1. Asistir puntualmente en el horario de atención acordado, con una tolerancia máxima de 10 minutos; de no ser así, se reagendará cita.
2. Si la sesión inicia después de la hora acordada, sólo se utilizarán los minutos restantes hasta completar la hora.
3. Si no puedo asistir a mi sesión, previamente lo haré de conocimiento a mi psicólogo (a) para reagendar la cita, en este caso, no se considerará inasistencia.
4. Después de una inasistencia estableceré contacto para reagendar.
5. Si por alguna razón, derivado de las actividades de esta dependencia el (la) psicólogo (a) solicita el apoyo para cancelar y/o reagendar la cita, tampoco se considerará falta y, mi terapeuta me contactará para acordar nueva cita.
6. Se considera inasistencia no avisar y/o no acudir a la sesión. Al acumular 3 inasistencias consecutivas mi expediente pasará a inactivo durante 12 semanas, después de ese tiempo, podré solicitar cita nuevamente, de esta manera cederé el espacio de atención a otras personas.
7. 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.
8. De haber la oportunidad me invitarán a asistir y participar en actividades (talleres/cursos/pláticas) sugeridas por la Oficina de Atención Psicológica para favorecer el proceso de acompañamiento psicológico.
9. Me comprometo a mostrar disposición, apertura y colaboración en las actividades derivadas del proceso terapéutico a fin de cumplir con los objetivos propuestos.
10. Cuando se cumplan los objetivos terapéuticos se dará por terminado el proceso, o bien si considero que se han abarcado los temas o si decido parar el proceso psicoterapéutico se me dará alta voluntaria con posibilidad a cita abierta.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma de la persona que recibe la atención | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma de personal de psicología |