**FUNDACIÓN TENVAR S.C.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD**

**Por parte del usuario:**

Por medio de la presente, yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro haber sido informado que el establecimiento, ubicado en: CARRETERA SANTIAGO UNDAMEO NUMERO 4, ofrece un tratamiento residencial, por un tiempo de: \_\_\_\_\_\_\_ DÍAS con la finalidad de brindar atención para el consumo de alcohol y/o drogas al menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_\_ años de edad. En mi carácter de tutor y/o responsable legal es mi deseo que reciba el tratamiento brindado por esta clínica, el cual se basa en un modelo mixto, multidisciplinario e integral, cuyo objetivo consiste en tratar áreas específicas que son la parte física, emocional, espiritual y mental.

Estoy de acuerdo en participar y apoyar a que el menor participe activamente durante todo el proceso del tratamiento, lo que implica proporcionar información veraz y fidedigna al momento de la evaluación, realizar las actividades asignadas por el consejero, médico y/o psicólogo, hacer del conocimiento del menor los puntos que establece el reglamento interno respecto a su comportamiento y la asistencia a las sesiones de seguimiento una vez terminado el tratamiento, todo ello en beneficio de lograr la abstinencia y facilitar la recuperación del menor. Acepto de que en caso necesario y al no obtener los resultados esperados, se me proporcione información por escrito respecto a otro tipo de alternativas de atención.

Tengo conocimiento de que la relación del menor con el personal del establecimiento será únicamente profesional.

Por otra parte, me comprometo a cumplir con una cuota trimestral de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00/100 M.N. En beneficio de que el menor tenga acceso a servicios dignos y apropiados durante mi estancia.

En el caso de cancelar mi permanencia antes de haber cumplido con el período de tratamiento, estoy de acuerdo en: realizar el pago por día como se establece en la cláusula primera del contrato de prestación de servicios.

Ratifico que he sido informado respecto a las características del tratamiento, los procedimientos, los riesgos que implica, los costos, así como los beneficios esperados, y estoy de acuerdo en los requerimientos necesarios para su aplicación.

**Por parte del establecimiento:**

El establecimiento se compromete a brindar un servicio de atención de calidad que facilite la recuperación y la reinserción del usuario a una vida productiva, garantizando en todo momento el respeto a su integridad y haciendo valer sus derechos. Por ello, en el caso de que el usuario desee suspender el tratamiento antes de que éste finalice, el centro se compromete a no mantenerlo de forma involuntaria y a brindarle la información y la orientación necesaria para continuar con el proceso de rehabilitación en otra instancia.

Se pone de manifiesto que toda información brindada por el usuario es de carácter confidencial y sólo tendrán acceso a ésta el equipo multidisciplinario involucrado en el proceso terapéutico, por lo que no se revelará a ningún otro individuo, si no es bajo el consentimiento escrito del usuario, exceptuando los casos previstos por la ley y autoridades sanitarias. Así mismo, durante el tratamiento no se realizarán grabaciones de audio, video o fotografías, sin que el personal del establecimiento explique su finalidad y sin previo consentimiento escrito por parte del usuario.

En el caso de que el usuario presente una condición médica previa al ingreso, el establecimiento dará continuidad al tratamiento médico o farmacológico, suministrando los medicamentos en las dosis y horarios indicados, siempre y cuando éstos sean proporcionados por el personal de control interno previamente autorizado y firmado por el médico de esta institución, quedando como respaldo la nota médica, existan los estudios y recetas avaladas por un médico certificado y no se contraindique con el tratamiento recibido durante la estancia. En caso de que el usuario requiera estudios complementarios o el servicio de un médico especializado, se le informará al respecto y se dará aviso a los familiares. En el caso de que el usuario requiera atención médica urgente, se dará aviso inmediato a los familiares y se trasladará a algún hospital del segundo nivel de atención.

Por otro lado, el establecimiento se exime de toda responsabilidad por los actos en contra de la ley en que el usuario se haya visto involucrado, previo y posterior al tratamiento.

En el caso de que el usuario o sus familiares presenten alguna duda respecto al proceso de rehabilitación o a cualquier otro asunto relacionado con el mismo, el establecimiento se compromete a aclararla y a proporcionar información relativa al estado de salud del usuario y evolución del tratamiento, con una periodicidad semanal por parte de su psicólogo tratante.

Finalmente, el establecimiento se compromete a proporcionar y a dar lectura del reglamento interno del establecimiento al usuario, familiar y/o responsable legal.

Siendo las \_\_\_\_\_\_\_ horas, del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, en Carretera Santiago Undameo número 4, Tenencia de Santiago Undameo, Morelia, Michoacán y habiendo sido informado y aceptando los compromisos anteriormente expuestos y, firman el presente consentimiento:

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

Nombre y firma del usuario Nombre y firma padre o tutor

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

Nombre y firma de testigo Nombre y firma de testigo

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FUNDACIÓN TENVAR S.C.

DANTE TENTORY VARGAS

DIRECTOR