CONTRATO PSICOTERAPEUTICO

En la Ciudad de México, D.F., el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Iknea. Se reúnen las siguientes personas: El Psicoterapeuta cuyo nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y por otra parte el (la) Consultante, cuyo nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para establecer los lineamientos del tratamiento terapéutico con base a las siguientes principios:

* El Psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al consultante arriba mencionado (a) de acuerdo al Código Ético del Psicólogo en México y la Asociación de terapeutas familiares. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al consultante en cuanto al motivo de consulta, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
* El Psicoterapeuta se compromete a que la información que el consultante vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología.
* El Psicoterapeuta se compromete a asistir puntualmente a las citas que se haya señalado con anterioridad, en caso contrario avisar con 24 horas de anticipación y acordar otra cita.
* El psicoterapeuta se compromete a remitir a algún otro profesional en caso de ser necesario.
* El Consultante se compromete a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
* En el caso de menores de edad es requisito INDISPENSABLE para dar la atención psicoterapéutica, contar con el consentimiento escrito de padres o tutores, en niños menores de 12 años los padres o tutores deberán estar presentes.

Nombre del consultante

Edad:

Teléfono:

Dirección:

Correo Electrónico

Nombre de algún familiar de confianza que pueda responder en caso de emergencia:

Nombre del Terapeuta

Teléfono:

Cedulas profesionales:

Dirección de consultorio:

PARA EL CONSULTANTE:

. EXPLORACIÓN BREVE DEL MOTIVO DE CONSULTA.

¿Qué le hace solicitar asesoría en este momento?

¿Hace cuánto que identifica la situación y/o problemática?

¿Algún evento específico asociado a la situación y/o problemática?

¿Afecta el rendimiento académico o las actividades laborales y/o la salud?

¿Ha acudido con anterioridad a un proceso psicoterapéutico?

¿Enfermedades que padece o ha padecido?

¿Toma algún medicamento?

Sesiones:

* Notas (Reflexiones que ayuden al proceso terapéutico)
* Reflexiones
* Cambios que ha observado
* Cambios que los demás han observado
* Cambios en las relaciones o situaciones
* Compromisos

PARA EL TERAPEUTA:

MOTIVO DE CONSULTA:

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

METAS A LOGRAR:

INTERVENCIONES:

PROBABLES TAREAS:

HISTORIA SATURADA:

HISTORIA ALTERNATIVA:

EXTERNALIZACIÓN DEL PROBLEMA:

NOTAS ADICIONALES:

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

1 a. SESIÓN:

2ª.SESIÓN

3ª SESIÓN

4ª.SESIÓN: