

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad número _____ de _____, manifiesto a ustedes **que en calidad de consultante _____ o de acudiente _____ de (indicar el nombre del paciente) _____** se me ha explicado y he podido realizar las preguntas que he considerado pertinentes acerca de (marcar con una equis las opciones que aplican al caso):

- 1. La formulación: la explicación de los problemas (origen y mantenimiento) que se identificaron en el proceso de evaluación _____
- 2. Plan de intervención: estrategias para modificar los problemas identificados y sus causas, justificación del plan de intervención (qué ventajas y desventajas tiene) _____

La aceptación de la formulación y el plan de tratamiento puede ser revisada o modificada en cualquier momento del proceso por cualquiera de las partes (supervisores, terapeuta, paciente o acudientes) de acuerdo con eventualidades que se presenten en la fase de intervención (logro o no de objetivos, cumplimiento o no de los compromisos dentro del proceso, identificación de problemáticas que no interviene el CPC, identificación de factores de riesgo de vulneración de derechos, como eventos de maltrato, abuso sexual o físico o tentativas de autolesión o suicidio). En caso de modificaciones, éstas deberán ser notificadas oportunamente (en caso de ser posible) y documentadas en la historia clínica a las partes para tomar las decisiones que sean las más adecuadas. Dichas opciones de modificación pueden ser: (a) extender la duración de la intervención (hasta por un período académico adicional al inicio del procedimiento terapéutico); (b) acortar la intervención (previa justificación); (c) suspender o cancelar la intervención (por incumplimiento en condiciones de prestación del servicio o deserción) y, (d) remisión parcial o total (por razones asociadas a la complejidad de la problemática (especialmente cuando requiera un abordaje interdisciplinario o más complejo del que el CPC está en condiciones de ofrecer) y del logro de objetivos alcanzados en el tiempo disponible para la intervención).

Tengo pleno conocimiento y acepto las condiciones de realización de la fase de intervención según lo que se me explicó de la formulación y del plan de tratamiento

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FIRMA
CC No

FECHA