

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

Yo, _____ identificado/a con Documento de Identidad No. _____ de _____, actuando en calidad de:
Consultante ☐ Acudiente ☐

doy constancia por medio de este documento que fui informado/a oportunamente del proceso de empalme terapéutico, dado que el **Centro de Psicología Clínica (C.P.C.)** es un centro de práctica en el que semestralmente hay rotación de terapeutas. Por lo tanto declaro que:

ACEPTO EL EMPALME: Por ello, me comprometo a continuar mi proceso psicológico__ el proceso psicológico de mi representado__, asistiendo puntualmente a las consultas y dando retroalimentación a mi nuevo terapeuta acerca de cómo me he sentido con él/ella__ de cómo se ha sentido mi representado(a) con él/ella__. En caso de no querer continuar, igualmente me comprometo a informarle de manera oportuna para establecer una nueva remisión, pues de lo contrario, debo asumir que el Centro de Psicología Clínica (C.P.C) no me brindará atención durante el semestre correspondiente.

NO ACEPTO EL EMPALME: Por lo tanto he decidido no continuar con el proceso terapéutico __ mi representado(a) no continuará con el proceso terapéutico __, comprendiendo las implicaciones de esta decisión.

FIRMA PACIENTE/ACUDIENTE
C.C N° _____

PROFESIONAL EN FORMACIÓN ÁREA CLÍNICA INICIAL
C.C N° _____

SUPERVISOR UNIVERSITARIO INICIAL
T.P. N° _____

PROFESIONAL EN FORMACIÓN ÁREA CLÍNICA EMPALME
C.C N° _____

SUPERVISOR UNIVERSITARIO EMPALME
T.P. N° _____