

## Acuerdo electrónico informado

### I. Generales

Por medio de la presente acepto participar en la evaluación y en la propuesta de tratamiento que de ésta se derive, a través de mi participación con la Facultad de Psicología.

- He sido informado de que el servicio que recibiré está especializado en mi motivo de consulta por lo que cualquier otra problemática será referida a otra Institución.
- Acepto y tengo conocimiento de que los terapeutas tienen Cedula profesional, no obstante se encuentran en formación y pueden ser apoyados en co-terapia por estudiantes de otros grados en formación y que recibirán constante supervisión de un docente de la Facultad.
- Tanto en la evaluación como en el tratamiento, la información que proporcione es de carácter confidencial y sólo tendrán acceso a ésta mi terapeuta, co-terapeuta y el supervisor respectivo.
- Estoy de acuerdo en que los datos proporcionados puedan utilizarse con fines de investigación.
- Acepto que, eventualmente, las sesiones de terapia puedan ser observadas, a través de habitaciones con espejos bidireccionales, transmitidas de forma directa o diferida dentro de la facultad o ser grabadas en audio y/o video con fines educativos, de supervisión y de investigación, donde no se verá su imagen con fines de confidencialidad.
- La institución utiliza la información de mi expediente con fines epidemiológicos, es decir, para mantener actualizadas las bases de datos (¿incidencia y prevalencia?) de los problemas sociales que atañen a la comunidad universitaria y población abierta que solicita servicios a la Facultad.
- Tengo conocimiento de mi derecho-a recibir orientación de lugares de atención en casos de urgencia, por presentar ideas o riesgo suicida, necesidad de desintoxicación por uso de sustancias psicoactivas o por apoyo profesional en un establecimiento con modalidad ambulatoria o residencial conforme trastornos psiquiátricos particulares.
- La información colectada por la facultad me pertenece, sin embargo acepto se encuentre resguardada por la misma en el Sistema de Datos Personales del expediente Clínico del escenario designado, pudiéndose emitir registros de mi asistencia, cuotas de pago y características del programa de intervención; el resto de la información será de orden confidencial y sólo puede ser solicitada por orden de un juez.
- El servicio prestado no será sujeto de participación en litigios judiciales o evaluaciones psicológicas en beneficio de instituciones públicas o privadas.
- He sido informado y acepto participar, si fuera mi caso, en los procedimientos de evaluación que involucran la aplicación de pruebas biológicas para detección del consumo de sustancias psicoactivas.

- Estoy de acuerdo en que la relación terapeuta-usuario será estrictamente profesional.
- El personal del Centro **NO** está autorizado para ofrecerle ningún tipo de apoyo psicológico fuera de nuestras instalaciones y bajo ninguna circunstancia, recibe algún pago directo del usuario por los servicios que ofrece.
- En cualquier momento se podrá hacer uso del buzón de quejas y sugerencias del Centro.

## II. Como Usuario del Servicio tengo DERECHO a:

- Recibir un trato digno, humano y sin discriminación por parte del personal del establecimiento asignado, independientemente de mi diagnóstico, situación social o económica, sexo, origen étnico, ideología o religión.
- Que la información proporcionada por mi o mis familiares y la contenida en los expedientes clínicos, sea manejada de manera confidencial.
- Recibir tratamiento, información y orientación para buscar mi integración a la vida familiar, laboral y social.
- Durante el servicio me puedo rehusar a contestar cualquier pregunta o negarme a participar en procedimientos específicos que me soliciten o incluso suspender mi asistencia a la terapia cuando así lo desee. Sin embargo, tengo plena claridad de que la información recopilada favorece mi tratamiento.
- Dado que mi participación en la presente evaluación y tratamiento es voluntaria, tengo la libertad de expresar mis dudas y retirar mi consentimiento en cualquier momento si así lo deseo.

## III. Me comprometo como parte de mis obligaciones a cumplir con cada uno de los lineamientos que se señalan a continuación:

- Concluir el proceso de evaluación, de lo contrario se cancelará el servicio y mi posibilidad de ingreso inmediato en los próximos 6 meses.
- Dar información veraz, fidedigna y totalmente honesta para apoyar mi plan de intervención y facilitar el logro de mis metas de servicio.
- Acepto la designación del servicio seleccionado, ya sea preventivo o terapéutico, y según el caso, individual, familiar o grupal.
- Cumplir con las actividades que se deriven del plan de tratamiento y me designe mi terapeuta.
- Evitar asistir a las sesiones en estado de intoxicación o bajo los efectos de sustancias psicoactivas, aun cuando esto sea parte mi motivo de consulta.
- No podré acudir con drogas legales o ilegales, ni consumirlas o venderlas en sus instalaciones o a sus alrededores, ya que esto será causa de referenciación a otro servicio.

- Cuidar de mi integridad física, es decir, no realizaré conductas que puedan poner en riesgo mi vida.
- Respetar a mi terapeuta, al personal y trabajadores de la institución, evitando conductas agresivas.
- Asistir con puntualidad a mis citas, esto es, con un máximo de 15 minutos de tolerancia.
- En caso de ser necesario, avisar al terapeuta vía telefónica sobre mi inasistencia por lo menos con 24 horas de anticipación, de lo contrario cubriré la cuota de la sesión que no haya asistido.
- Acepto que dos inasistencias sin avisar, o dos inasistencias seguidas pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso en un periodo de 6 meses.
- Asistir a las sesiones de seguimiento, programadas por mi terapeuta, después de haber terminado el tratamiento.
- Estoy de acuerdo de que en caso necesario y al no obtener los beneficios y resultados esperados se me proporcione información por escrito respecto a otros tratamientos que me permitan lograrlos.
- Dado el caso, firmar el estado de egreso ya sea por alta, baja (no poder o querer continuar con el programa) o referenciación.

#### IV. Horarios, duración, costo y pago de los servicios:

- Una vez asignado el servicio correspondiente el terapeuta acordará con usted, la frecuencia y el número total de sesiones a las que deberá asistir.
- Los horarios de asignación para los diferentes servicios se asignan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación, así como los espacios físicos disponibles en los escenarios por lo que de no contar con recursos disponibles, la Facultad no se obliga a proporcionar la atención psicológica requerida.
- Una vez designado el horario de atención, no será posible hacer ajustes o cambios, ya que esta alternativa de servicio es la opción que la Facultad puede ofrecer.
- La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones), con excepción hecha en el caso de ciertos programas académicos específicos.
- Los pagos de los servicios psicológicos recibidos, se realizan en las cajas autorizadas por la Facultad de Psicología, por lo que deberá presentar su recibo de pago y carnet de citas para el registro de dicha cuota en el sistema.
- Al finalizar el servicio, usted podrá evaluar la atención recibida por medio de un cuestionario de “Satisfacción de Usuarios”.