

CONTRATO DE ATENCIÓN CENTRO PSICOLÓGICO INFANTIL



En la ciudad de Santiago de Chile, con fecha _____ de _____ de _____ inicia el proceso de contrato terapéutico con el Centro Psicológico Infantil, entre la Psicóloga _____ y el paciente _____.

El presente documento es de naturaleza confidencial y tiene el propósito principal de establecer las bases del trabajo terapéutico y las cláusulas asociadas.

El programa de intervención se llevará a cabo respetando la ética profesional del terapeuta, ello supone entre otros aspectos, la confidencialidad de los datos obtenidos dentro del mismo.

CLAUSULAS

1. Las sesiones se desarrollarán en un tiempo de 45 minutos cronológicos, en el horario acordado previamente con el paciente. En el caso de que este llegue tarde, se finalizará la terapia en la hora estipulada.
2. Las sesiones se realizarán con una frecuencia de una o dos sesiones semanales, previo acuerdo con el consultante. El paciente se compromete a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad.
3. En caso de no poder acudir, avisará al terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
 - a. Si no lo hiciese de esta forma, pagará al psicoterapeuta el costo por consulta, como si se hubiese efectuado en forma normal.
 - b. En el caso de tratarse de un motivo excepcional o de fuerza mayor, se ofrecerá la alternativa de reagendar en los horarios que se encuentren disponibles, dentro de la misma semana.
4. El psicoterapeuta se compromete a asistir puntualmente a las citas que se hayan señalado con anterioridad, y si por algún problema de fuerza mayor no pudiese asistir a la cita, avisará al paciente con 24 hrs. de anticipación como mínimo, en caso de no hacerlo de esta forma, se bonificará la cuota de consulta a la siguiente sesión terapéutica.

5. Honorarios profesionales:

Sesión individual:	\$ 35.000	Psicometría Wisc V:	\$150.000	Sesión online colegio	\$30.000
Programa prepago de 4 sesiones:	\$130.000	Informe judicial :	\$ 50.000		
Programa prepago de 8 sesiones:	\$240.000	Informe diagnóstico:	\$ 30.000		

6. Aspectos técnicos de la evaluación y tratamiento: Se informará de cualquier instrumento a utilizar, al menos una sesión antes de su aplicación, con el fin de cancelar los honorarios estipulados y proporcionar el fin terapéutico de este.
7. Alcances legales: nuestro trabajo se orienta a velar por la seguridad e integridad de NNA, frente a lo cual hay una responsabilidad ética de denunciar casos de abuso y vulneración de derechos.
8. Uso de redes sociales en la comunicación (teléfono, correo, WhatsApp) , será exclusivo para agendar y sincronizar entre el terapeuta y paciente. Se descarta su utilización para motivos terapéuticos que deberán abordarse exclusivamente en el box psicológico.
9. Luego de cada evaluación, la psicóloga debe hacer una devolución diagnóstica verbal, la cual considera toda la información recabada mediante las diversas metodologías terapéuticas y test psicológicos utilizados.
10. De requerirse un informe psicológico se deberá especificar con anticipación y tendrá un valor adicional equivalente a \$30.000.
11. El paciente puede solicitar un certificado de atención sin costo, para los fines que estime conveniente.
12. Vigencia y caducidad de los programas: plan de 4 sesiones (2 meses de vigencia), plan de 8 sesiones (4 meses de vigencia), en casos excepcionales y previo acuerdo con la terapeuta podrá extenderse su vigencia en ambos programas.
13. Toda transferencia bancaria, deberá ser emitido a la siguiente cuenta, adjuntando el respectivo comprobante de la transacción electrónica, indicando el nombre del paciente y la psicóloga tratante.

Cta. cte. 8498420-5 Banco Santander, Titular: Centro Psicológico Infantil SPA, Rut. 77.493.235-6, E-mail: centropsicologicoinfantil.cl@gmail.com

Firma Psicóloga

Firma Tutor o Paciente