

CONTRATO TERAPÉUTICO

Psicólogo tratante: Ps. Jorge Ignacio Calderón Vergara
Fecha: / /
Lugar de atención:

Estimado consultante:

Le doy la bienvenida a un espacio seguro y terapéutico, en el que l@ acompañaré a través de un tratamiento orientado a cultivar su bienestar y salud mental. En función de llevar a cabo este proceso de la forma más amena, transparente y respetuosa posible, le propongo las siguientes condiciones de atención:

- **FORMAS DE COMUNICARNOS: RESERVAS, INASISTENCIAS, CANCELACIÓN DE SESIONES**

1) La reserva de sesiones será a través del número telefónico: +569 7888 4260 (vía whatsapp), o al mail: jorge.icalderonv@gmail.com. Puede comunicarse a través de estos medios **de lunes a viernes, desde las 8:00 a las 20:00 hrs.** Asimismo, para que el terapeuta pueda comunicarse con Ud., debe especificar un número de contacto, junto con los horarios en los que Ud. está disponible

2) La cancelación de una sesión debe ser informada **con 24 hrs. de anticipación** al terapeuta, de esta forma **se le devolverá íntegramente lo que pagó al momento de la reserva.**

3) En caso de no asistir a una sesión, estando el terapeuta ya en la consulta, **se deberá pagar el costo total de la sesión.** Por otra parte, si cancela con menos de 24 hrs. de anticipación, **no se le devolverá el 50% pagado al momento de la reserva.**

4) En caso de que por alguna emergencia el terapeuta necesite cancelar la sesión, **se le devolverá íntegramente el costo de esta.**

- **INVERSIÓN EN SU SALUD MENTAL: PAGO POR LAS SESIONES**

1) El pago de las sesiones debe ser realizado **la mitad al momento de la reserva, y la otra mitad una vez terminada la sesión.**

2) Si bien hay una tarifa fija para los distintos tipos de atención, **es posible reajustar el monto** en caso de que por algún motivo el consultante tenga dificultades para pagarlo.

3) El pago deberá ser realizado vía transferencia bancaria a la siguiente cuenta:

- **Nombre:** Jorge Calderón Vergara
- **Rut:** 18957304-9
- **Correo:** Jorge.icalderonv@gmail.com
- **Banco:** Banco Falabella
- **N° de cuenta:** 50013042132

- **DERECHOS Y DEBERES DEL CONSULTANTE**

1) Todo lo dicho y hecho por el consultante en las sesiones es totalmente confidencial. **Solo en caso de que la integridad física del consultante u otra persona esté en riesgo, el terapeuta evaluará comunicarlo a un tercero estrictamente necesario** (ya sea otro profesional, red de apoyo o alguien cercano al consultante, dependiendo del caso).

2) El consultante tiene derecho a **conocer la totalidad de su ficha clínica en cualquier momento en que lo solicite.** Sin embargo, no podrá llevársela. En caso de que otro profesional necesite la información contenida en la ficha, será el psicólogo tratante quién se la envíe por

un medio privado a través de un informe psicológico, esto con el fin de resguardar la confidencialidad e integridad de la información.

3) Una vez comenzada la terapia, el consultante tiene el deber de comprometerse con su propio proceso terapéutico, colaborando con él de forma activa, y asumiendo que su rol en el espacio terapéutico es protagónico.

- **DERECHOS Y DEBERES DEL TERAPEUTA**

1) El terapeuta tiene el deber de guardar absoluta confidencialidad respecto a lo que el consultante hace/dice en el box de atención, entregar toda la retroalimentación posible al consultante para apoyar su proceso, y hacerle saber a tiempo si es necesaria la intervención de otros profesionales. Asimismo, tiene el deber de estar completamente disponible y atento para el consultante durante las sesiones, facilitando un espacio seguro.

2) El terapeuta puede decidir terminar con las sesiones de terapia en caso de que sea pertinente de acuerdo a criterios clínicos, asumiendo el hacerse cargo de la derivación correspondiente. Por otro lado, también puede terminar el proceso terapéutico en caso de ser agredido o de no contar con las condiciones relacionales mínimas para realizarlo.

3) El terapeuta tiene el deber de solicitar feedback al consultante sobre su proceso, ajustando la terapia a sus necesidades y preferencias.

Al firmar este contrato terapéutico, usted acepta, y se declara en conocimiento de las condiciones aquí estipuladas.

Muchas gracias por confiar en mi para acompañarlo en este proceso, me comprometo con ud. a entregarle el mejor servicio posible.

Atte.

Ps. Jorge Calderón

Ps. Jorge Calderón

18.957.304-9

.....
.....