



CUAUTLANCINGO
GOBIERNO INCLUYENTE
AYUNTAMIENTO 2018 - 2021



FORMATO DE DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Número telefónico: _____

Estado civil: _____

Nombre hijo/a: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

INFORME PSICOLOGICO

Realiza: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____ Folio: _____

Descripción del motivo de consulta:

Estado emocional de la usuaria:

Intentos previos de solución:

Recursos personales de la usuaria:

Tipos de violencia que ha vivido:

Información relevante:

Grado de Violencia: _____

Plan de acción:

INFORME PSICOLOGICO DE SEGUIMIENTO

Realiza: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____ Folio: _____

Número de sesión: _____

Objetivo de la sesión:

Técnicas o ejercicios utilizados (descripción y justificación):

Logros alcanzados:

Dificultades durante la sesión:

Próxima cita:

Tareas asignadas:

Información importante:

Recibí asesoría psicológica

Firma



Departamento de Atención de
la Violencia hacia las Mujeres
Área de asesoría psicológica

Nombre: _____

Servicio: _____

Formato 07 B

Cuando la usuaria reciba atención psicológica subsecuente de manera individual, la psicóloga anexara a su expediente el siguiente formato en cada sesión.

En Cuautlancingo, Puebla.

En el día _____

Asunto: Consentimiento Informado
y acuerdo de servicios psicológicos
para la Usuaría (o).

INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD DE CUAUTLANCINGO, PUEBLA.

PRESENTE.

Por medio del presente escrito, **EL QUE SUSCRIBE MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que el día _____, la persona _____ de nombre completo _____, quien asiste _____, acude al Instituto Municipal de la Juventud de Cuautlancingo, Puebla, solicitando Atención Psicológica, y que por sus generales aporto los siguientes datos:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Nacionalidad: _____, Edad: _____

Estado Civil: _____, Originario del Estado de: _____

Correo Electrónico: _____

Número telefónico: _____, De Ocupación: _____

Red de apoyo y/o Tutor y/o curador de nombre: _____

Tipo de afiliación: _____, Edad: _____

Dirección: _____

Número de Contacto: _____

Lo anterior, con la finalidad de identificar al usuario que requiere la atención psicológica, y asimismo, para hacer de su conocimiento los servicios que ofrece este Instituto Municipal de la Juventud, el compromiso de iniciar y continuar la terapia psicológica, asistir y seguir las indicaciones que le informe y/o le haga saber la Psicóloga, así como también realizar todas las acciones que se le puedan indicar y que busquen la salud mental de la usuaria (o), por consiguiente, con fundamento en los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; los arábigos 1, 2, 23, 24, 27, 72, 74, 74 Bis, fracciones I, III, IV al VIII; 77 y demás aplicables de la Ley General de Salud; y los numerales 1, 2, 25, 26, 29, 66, 69 y demás aplicables de Ley Estatal de Salud de Puebla, otorgo el siguiente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

El que suscribe _____, **otorgo mi consentimiento informado**, estoy de acuerdo en seguir las indicaciones de la Psicóloga, asistir a todas mis citas, o en caso de no poder asistir informar lo antes posible la cancelación de su cita, realizar todas aquellas acciones que puedan y sirvan para mejorar su salud mental, reitero que todos los datos presentados en el presente documento son auténticos, liberando de cualquier

responsabilidad que se pudiera dar en caso de que dichos datos sean falsos, recayendo toda responsabilidad penal, civil, administrativa a quien suscribe; **en el caso de quien acude a la atención psicológica sea menor de edad, me comprometo a** informar a mis padres, tutor o a cualquier familiar mayor de edad sobre la atención psicológica que estoy recibiendo en este Honorable Instituto de la Juventud, también de continuar y asistir a todas mis citas acompañado de un mayor de edad. Finalmente, si la solicitud de atención psicológica fue solicitada por alguna institución, me comprometo a presentar el escrito u oficio a este Instituto de la Juventud.

DERECHO A DESCONTINUAR EL TRATAMIENTO. El usuario tiene derecho a interrumpir el tratamiento por cualquier razón propia, incluyendo, pero no limitado a cancelaciones reiteradas excesivamente, por lo que deberá acudir al Instituto Municipal de la Juventud de Cuautlancingo, Puebla, a manifestar el deseo de ya no continuar el tratamiento. En tales casos, el usuario se compromete a aceptar la responsabilidad total de buscar otras alternativas de atención profesional de salud mental.

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD. No podemos dar ninguna información sin su autorización expresa por escrito o la de su representante, tutor o curador.

MENORES Y PADRES. Los menores en general deben asistir acompañados de alguno de sus padres y/o tutor y/o curador y/o de quien lo represente, asimismo este último mencionado es responsable y se compromete a asegurar el estado de salud de su hija (o) realizando todas las acciones que estén a su cargo para realizar dicho fin, por lo tanto, acepta todas las condiciones presentadas en este documento de conformidad con el artículo 77 de la Ley General de Salud.

Estos servicios no incluyen medicamentos y otros tratamientos somáticos, los estímulos aversivos, o la privación sustancial. Manifiesto que los datos asentados en la presente, así como en los documentos entregados, son ciertos y cualquier omisión en los mismos, así como la responsabilidad derivada de ello, es única y exclusivamente de quien suscribe.

SU FIRMA INDICA QUE HA LEIDO ESTE DOCUMENTO Y ESTA DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS.

Nombre y Firma de la Usuaría (o) y/o del representante legal

Fecha: _____

Lea atentamente la siguiente información. Después de haber leído este documento, por favor firme a continuación para aceptar los términos de este acuerdo.