

Acuerdo de Pago Tratamiento Individual

Comprendo que los pagos que se realizan mensualmente, por adelantado, tienen un descuento sobre la tarifa plena de cada sesión; también, demuestran mi compromiso terapéutico y equivalen a 4 sesiones individuales, que hacen parte del tratamiento psicológico y las cuales deben realizarse con un intervalo semanal o menor, en un tiempo no mayor a 4 semanas a partir de la fecha en que se realiza el pago. Una vez completadas 4 sesiones, y de acuerdo con los avances terapéuticos, del criterio del doctor y de los acuerdos a los que lleguemos, se me podrá autorizar, o no, para realizar otro pago por adelantado de 4 sesiones.

En caso, de no poder asistir a una sesión programada, es mi deber comunicarme y reprogramarla durante la semana correspondiente a dicha sesión, procurando mantener el intervalo semanal acordado. Soy consciente que durante el mes tengo derecho a reprogramar un máximo de dos veces, y que en caso de que exceda ese límite, y las cuatro semanas de plazo hayan culminado, me comprometo a cancelar el costo de la siguiente sesión o el de una nueva mensualidad, según sea el caso. Es mi responsabilidad con el proceso terapéutico, asistir de manera puntual a las sesiones y si por alguna razón, no he asistido a las consultas correspondientes, durante el periodo comprendido de las 4 semanas, soy consciente de que no se repondrán. De igual manera entiendo, que no se devolverá dinero bajo ninguna circunstancia y que en casos de incapacidad médica o fuerza mayor, estoy obligado a hacer llegar por escrito la correspondiente incapacidad, o en su defecto, una carta solicitando aplazar mi tratamiento, exponiendo las razones de la solicitud. Cuando esté en disposición de retomar mi proceso nuevamente, el tratamiento continuará con el número de sesiones que hayan quedado pendientes, aplicando las condiciones anteriormente expuestas. En caso de no volverme a comunicar en un periodo igual o mayor a 15 días, se entenderá como un abandono del tratamiento, y si decido volver a retomarlo en el futuro, y el doctor me acepta, comprendo que deberé realizar un nuevo pago.

Soy consciente de que la duración de mi tratamiento depende de la severidad de mi caso y el número de sesiones por semana podrá variar de acuerdo con el criterio del doctor y de los acuerdos a los que lleguemos durante las mismas. También conozco que las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas son tomadas por mí. El proceso terapéutico requiere de mi compromiso en aspectos tales como asistencia, puntualidad y participación. En caso de haber pagado una mensualidad y querer abandonar el tratamiento, tengo claro que no se realizará ninguna devolución económica.

Finalmente, también soy consciente, que sin importar que haya realizado un pago por adelantado de 4 sesiones, si no puedo asistir a una consulta programada previamente, es mi deber cancelarla con 3 horas de anticipación, para evitar el pago de la tarifa plena de la misma y de esta manera poder programar una nueva sesión. En caso de llegar tarde a una de mis sesiones se me atenderá el tiempo restante.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

CC: _____