



Clubes de las Personas Adultas Mayores
CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

Club:

Fecha ingreso: de Fecha de aplicación

CURP No. INAPAM

Elaboró

1. DATOS PERSONALES

Nombre

Apellido 1 Apellido 2 Nombre (s)

Fecha de nacimiento / / Sexo () M
DD MM AAAA Mujer - Hombre
 () H

Estado Civil: () Soltera/o () Soltera/o por viudez
 () Casada/o () Unión libre
 () Divorciada/o

Domicilio

Calle No. Colonia

Municipio Entidad

C.P.

Tel. Fijo Tel. Celular

Escolaridad

Ocupación actual

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Cuento con el servicio médico de:

() IMSS () ISSSTE () SEDENA
 () PEMEX () INSABI
 () OTRO

Tipo de sangre:

Alergias:

Padecimientos:

Medicamentos que ingiero:

Nombre del doctor que me atiende:

Programa EDOMÉX: Nutrición Escolar
 FORMATO DE REGISTRO DE POSIBLE PERSONA BENEFICIARIA

Folio: 1646510

DATOS DE LA ESCUELA

DATOS GENERALES		DATOS DE UBICACION	
C.C.T.:		Inegi:	
N. de la Escuela:		Municipio:	
Grado:	Grupo:	Localidad:	
Turno:		Tipo de Localidad:	Tipo de Vialidad:
		Dirección:	

DATOS DE POSIBLE PERSONA BENEFICIARIA

DATOS PERSONALES		DATOS DE DOMICILIO Y CONTACTO	
Apellido Paterno:		Calle:	
Apellido Materno:		No. Exterior:	No. Interior:
Nombre(s):		Entre Calle:	
CURP:		Y Calle:	
F. de Nacimiento:		T. de Asentamiento:	
Género:		Tipo de Vialidad:	
Peso:	Estatura:	Desc. p/llegar al Domicilio:	
Fecha de Visita:		Otra Referencia:	
Identificación Oficial:		Localidad:	
Otra ¿Cuál?:		Colonia:	Código Postal:
Folio de Identificación:		Municipio:	
Nacionalidad:		Entidad Federativa:	
Entidad de Nac:		Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:
Estado Civil:		Correo Electrónico:	
Grado de Estudios:		Red Social:	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA POSIBLE PERSONA BENEFICIARIA (PADRE, MADRE O TUTOR)

DATOS PERSONALES		DATOS DE DOMICILIO Y CONTACTO	
Responsable de la posible persona Beneficiaria:		Calle:	
Apellido Paterno:		No. Exterior:	No. Interior:
Apellido Materno:		Entre Calle:	
Nombre(s):		Y Calle:	
F. de Nacimiento:		Código Postal:	
Género:		Otra Referencia:	
Nacionalidad:		Localidad:	
Entidad de Nac:		Colonia:	
Estado Civil:		Municipio:	
Grado de Estudios:		Entidad Federativa:	
Situación laboral:		Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:
Profesión o actividad:		Correo Electrónico:	
CURP:		Red Social:	
Identificación Oficial:		Parentesco con la posible persona beneficiaria:	
Otra ¿Cuál?:			
Folio de Identificación:			

Sello digital: Vo. Bo. de la Dirección de la Escuela: Firma del responsable de la posible persona beneficiaria:

RESULTADOS
 El trámite de registro de las personas solicitantes es gratuito y no significa necesariamente su incorporación al Programa.
 Los resultados serán dados a conocer al Plantel Educativo a través del Sistema Municipal DIF.

DOCUMENTOS
 Una vez recibida la notificación de aceptación al Programa, deberá entregar en los 5 días hábiles posteriores y en el lugar que determine el Sistema Municipal DIF, copia de los siguientes documentos:
 *CURP del beneficiario.
 *CURP de la Persona que se registró como responsable del beneficiario.
 *Formato de Registro de Posible Persona Beneficiaria.

AVISO DE PRIVACIDAD
 Los datos personales recabados sean protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondientes al Programa EDOMÉX: Nutrición Escolar a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, con la finalidad de incorporar a los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y en el artículo 17 del Reglamento Interior del Sistema para el Integral de la Familia del Estado de México.
 Dicha base fue registrada ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y podrá ser transmitida en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normatividad aplicable, además de otras transmisiones previstas en la ley.

Toluca, Estado de México a _____ de _____ del 20_____.

AYUDAS FUNCIONALES UBRIS

**SRA. FERNANDA CASTILLO DE DEL MAZO
PRESIDENTA HONORARIA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO.**

Estimada presidenta, por este medio me dirijo a usted de la manera más atenta para solicitar su apoyo consistente en la donación de _____ que requiere _____ de edad _____ con un diagnóstico _____, ya que mi situación económica dificulta poder adquirirlos.

Quedó en su disposición para cualquier información adicional que necesite y para cualquier formulario que deba llenar.

ATENTAMENTE

Nombre y Firma

Nombre del Beneficiario: _____

Edad: _____ Diagnostico: _____

Nombre del Co-Beneficiario: _____

Parentesco: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____

Teléfono (2 números): _____

Formato de registro Programa de Desarrollo Social Familias Fuertes Apoyos Funcionales para Personas con Discapacidad 2021

Instrucciones: usar bolígrafo azul para rellenar la opción u opciones según corresponda (n) y bolígrafo para firmar la solicitud de adscripción al programa

Fecha de la solicitud

/ /
 día mes año

FOLIO

1. Datos del Solicitante

1.1 Nombre 1.2 Apellido Paterno

1.3 Apellido Materno 1.4 CURP

1.5 ¿La solicitante es menor de edad? Si (Continua) No (pase al apartado 1.15)

1.6 Folio del acta / Clave de elector del mayor de edad del menor de edad

1.7 Nombre del padre, madre o tutor 1.8 Apellido paterno

1.9 Apellido materno 1.10 CURP del cobeneficiario

1.11 Entidad de nacimiento *Bonafina*

1.12 Género Hombre Mujer 1.13 Edad

1.13 Clave de elector

1.14 Documento de identificación del padre, madre o tutor
 Acta de nacimiento CURP Credencial para Votar Comprobante de domicilio Otro (especifique)

1.15 Documento de identificación del solicitante
 Acta de Nacimiento CURP Credencial Escolar Credencial para votar Comprobante de domicilio Otro (especifique)

1.16 Teléfono fijo (con lada) 1.17 Teléfono celular 1.18 Correo electrónico

1.19 Red social (en caso de ser menor de edad, favor de anotar los datos del padre, madre o tutor)
 Facebook WhatsApp Google Yahoo Twitter Instagram LinkedIn Otro

Red social

2. Referencia Domiciliaria

Igual q el IME

• En caso de tener domicilio conocido dibujar croquis

Domicilio

Calle y número

Col. Municipio

2.1 Entre la calle *Carretera nacional*

2.2 Y la calle

2.3 Otra referencia domiciliaria *Carretera de la zona de...*

Grid for drawing a croquis of the domicile.

Formato de registro Programa de Desarrollo Social Familias Fuertes Apoyos Funcionales para Personas con Discapacidad 2021

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA
DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL

NOMBRE T. S	FIRMA	SELLO DE DIF
-------------	-------	--------------

Características adicionales del solicitante

¿Se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias?

A) Desempeña alguna actividad productiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		E) Cuida menores de edad, hijo(a) de mujeres que perdieron la libertad por resolución judicial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
B) Tiene alguna situación médica de urgencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	F) Es repatriado (a)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C) Ha sido víctima u ofendido de algún delito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	G) Es jefa (e) de familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
D) Padece alguna enfermedad crónica degenerativa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			

Por este medio yo _____ solicito mi registro al PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL FAMILIAS FUERTES APOYOS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2021, con la finalidad de ser beneficiaria (o) del mismo y atender mis necesidades básicas; manifiesto que toda la información aquí contenida es verídica, fehaciente y apegada a la realidad y consiento que se integre el expediente como beneficiaria (o) y verifique la acreditación de los requisitos que establecen en la mismas. **AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES.** Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, en la Base de Datos de este Programa de Desarrollo Social. Información que **SI o NO** podrá transmitirse con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1,2,18,19 y 97 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios; Il fracción 21, 22, 23 y 24 fracción XIV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios; con las finalidades señaladas en los citados artículos y previa justificación de la misma, además de otras transmisiones prevista en esta Ley. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los sujetos obligados correspondientes. **"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO SU USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERA SER DENUNCIADO Y SANCIONADO ANTE LAS AUTORIDADES CONFORME A LO QUE DISPONES LA LEY EN LA MATERIA".**

Bajo protesta de decir verdad y manifiesto que la información proporcionada es verídica. Autorizo que el personal responsable del programa pueda verificar los datos asentados en esta solicitud y en caso encontrarse falsedad en los mismos, podrá ser motivo de que el apoyo pueda se cancele aun cuando ya se haya asignado. Al firmar la presente solicitud manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociadas al programa y me comprometo a cumplir las responsabilidades que se deriven de la asignación del apoyo.

Solicitante

Por la instancia ejecutora

--	--

REQUISITOS PARA LOS CLUBES DELAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

I. ASPECTOS SOBRE SU FUNCIONAMIENTO

- a) Para que un club de la Tercera Edad funcione de manera optima, es necesario contar con un mínimo de 15 socios, dicha población deberá ser constante para que permanezca activo dentro de la Red Nacional de clubes registrados ante el Inapam, de lo contrario, el club se dará de baja ante el Inapam.
- b) Reunirse por lo menos dos horas una vez a la semana.

II. DE LAS INSCRIPCIONES

- a) Llenar los siguientes formatos:
 - o Formato #1 Cédula de inscripción.
 - o Formato #2 Certificado de salud (firmado por un médico que avale que el adulto mayor es independiente física y emocionalmente, describiendo sus actuales enfermedades, tratamiento y medicamentos).
 - o Formato #3 Canalización a servicios médicos (firmado por el familiar más cercano donde se describe a que servicio médico se canalizará al socio en caso de emergencia).
 - o Formato #4 Responsiva por actividades externas (firmado por el familiar más cercano para salidas fuera del club y Autorización de canalización médica del socio en caso de requerirse).
 - o Formato #5 Estudio socioeconómico.
- b) Entregar al inscribirse:
 - Fotografía reciente tamaño infantil.
 - Copia de credencial INAPAM.

- c) Las inscripciones son gratuitas y se realizan directamente en el club de su interés y sólo se podrá inscribir a un solo club, en ningún caso podrán estar inscritos en dos clubes al mismo tiempo.
- d) Cuando se quiera cambiar de club el socio debe presentar una carta que le dará el responsable en su club anterior donde se indiquen los motivos del cambio.
- e) Las personas de 55 a 59 años de edad que deseen inscribirse serán aceptadas si el cupo lo permite y no deberán rebasar el 10% de la población total del mismo, ni tendrán los beneficios exclusivos para los de 60 años y más.
- f) Los periodos vacacionales serán dos:

Uno en diciembre conforme al calendario escolar y el otro conforme a lo que marque el calendario de cada Estado; además de los días correspondientes a festividades cívicas o fiestas tradicionales propios de la región, informando las fechas a través de la Delegación INAPAM de su estado a la Dirección de Programas Estatales y Afiliación Nacional.

III. DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS SOCIOS

- a) La asistencia a los clubes es voluntaria y ayuda al buen desempeño de las actividades programadas en el mismo, sin embargo es importante puntualizar que en el caso en que el Instituto programe actividades, festivales, paseos, etc., en donde el cupo sea limitado, los socios con asistencia regular tendrán preferencia corroborando lo anterior con la lista de asistencia.



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

REQUISITOS PARA OBTENER LA TARJETA INAPAM

Al solicitar la Tarjeta INAPAM deberán **cubrir cuatro** requisitos:

a) Comprobar su identidad

Para comprobar su identidad puede presentar uno de los siguientes documentos **vigentes en original y copia:**

- Credencial de elector
- Licencia de Manejo
- Pasaporte
- Credencial del IMSS
- Credencial del ISSSTE
- Tarjeta INAPAM
- Cedula Profesional
- Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX) siempre y cuando cuente con fecha de nacimiento, fotografía y sello sobre la misma
- Cartilla del Servicio Militar
- Constancia de identidad con fotografía y sellada por la autoridad que la emite del lugar donde reside el interesado.

b) Comprobar su edad (tener 60 años cumplidos o más)

Para comprobar la edad (60 años o más) puede presentar uno de los siguientes documentos siempre y cuando cuente con fecha de nacimiento **vigentes en original y copia:**

- Credencial de elector
- Credencial del IMSS
- Credencial del ISSSTE
- Pasaporte vigente
- Cedula Profesional
- Licencia de Manejo
- Tarjeta INAPAM
- Acta de Nacimiento
- CURP
- Acta de Nacimiento de algún hijo
- Testimonial de la autoridad tradicional indígena, con fotografía y sello de la autoridad municipal o la delegación del lugar.



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

c) Comprobar su domicilio

Para comprobar el domicilio puede presentar en original y copia:

- Credencial de elector vigente
- Cualquier estado de cuenta o recibo (luz, agua, teléfono, etc.) que contenga su domicilio **actualizado y completo**, no mayor a 3 meses de antigüedad.

d) 2 fotografías tamaño infantil recientes, blanco y negro o a color.

- Sin lentes
- Sin gorra
- De frente
- En papel fotográfico
- Que sean iguales
- Recientes
- Con fondo blanco

Para los extranjeros con residencia temporal o permanente en el país, se requiere los siguientes documentos vigentes en original y copia:

- FM2 o FM3
- Carta de Naturalización
- Permiso de residencia temporal
- Pasaporte vigente y
- Acompañados de un comprobante de domicilio del territorio mexicano reciente y
- Dos fotografías tamaño infantil, blanco y negro o a color. Sin lentes, sin gorra, de frente, en papel fotográfico, que sean iguales, recientes y con fondo blanco.

Para personas adultas mayores con situación migratoria indeterminada se requiere uno de los siguientes documentos en original y copia:

- Documento de Identificación expedido por el Instituto Nacional de Migración (INM)
- Documento de Identificación expedido por la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR)
- Y dos fotografías tamaño infantil, blanco y negro o a color, sin lentes, sin gorra, de frente, en papel fotográfico, que sean iguales, recientes y con fondo blanco.

REQUISITOS PARA TRAMITAR DESAYUNOS ESCOLARES FRÍOS

Se dará prioridad en el programa a los niños que:

1. Asistan a escuelas públicas de Educación Básica del Estado de México.
2. Presenten mal nutrición o estén en riesgo de padecerla.
3. Que Proporcionen información para el llenado total de los campos del formato del registro posible de personas beneficiadas a través de la plataforma digital de los desayunos escolares fríos a través de un link.
4. Sean diagnosticadas con desnutrición, a través de la plataforma, de acuerdo a los indicadores de peso para la edad, talla e índice de masa corporal.
5. Recibir el desayuno escolar frío durante los días hábiles vigentes.

Documentos solicitados

- 1.- Una copia de la CURP del menor.
- 2.- Copia del INE del padre o tutor.

REQUISITOS PARA INTEGRACION DE EXPEDIENTE DE AYUDAS FUNCIONALES

DOCUMENTACION

- Hoja petición dirigida al Director general o la Presidenta/e del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
- Prescripción medica
- **Solo se apoya a pacientes de los 0 a 59 años de edad**

PRESCRIPCION MÉDICA: Este documento tiene que ir elaborado de la siguiente manera:

1. Nombre completo del paciente, edad, diagnóstico y que tipo de ayuda funcional necesita y fecha.
2. Nombre completo del doctor, cedula profesional, firma y sello de la instancia
3. Vigencia no más de 6 meses.
4. Tipo de ayudas funcionales y quien puede realizar la prescripción

MEDICO GENERAL	MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION
SILLA DE RUEDAS ESTANDAR / ADULTO, INFANTIL Y JUVENIL	CARREOLAS
ANDADERA	SILLA DE RUEDAS PCI Y PCA
BASTÓN DE INVIDENTE O DE APOYO	
MULETAS AXILARES	
MULETAS CANADIENCES	

En caso de ser mayor de edad

5. Identificación vigente (INE) COPIA
- **En caso de no estar actualizada la credencial o no corresponde el domicilio en donde habita, se solicitará constancia domiciliaria realizado por delegado o jefe de manzana.**
6. Curp actualizada de año en curso, COPIA

En caso de ser menor de edad

7. Acta de nacimiento COPIA
8. Curp Actualizada en año en curso COPIA
9. INE del co-beneficiario COPIA

En caso de no estar actualizada la credencial o no corresponde el domicilio en donde habita, se solicitará constancia domiciliaria realizado por delegado o jefe de manzana.

10. Curp del co-beneficiario Actualizada en año en curso COPIA
11. Llenado del formato del registro
12. La recepción de elaboración o entrega de expedientes será en un horario de 9:00am a 3:00pm, Numero de Oficina 7222172855.

REQUISITOS PARA TRAMITAR AUXILIAR AUDITIVO.

- Ser residente del Estado de México.
- Tener discapacidad auditiva.

PRESENTAR EN LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

1.- Elaborar por escrito de petición dirigido a la Presidencia del DIFEM la **C. FERNANDA CASTILLO DE DEL MAZO**, especificando el motivo por el que requiere el auxiliar auditivo y que contenga los datos siguientes:

- Fecha
- Apoyo requerido
- Nombre completo del paciente.
- Edad.
- Diagnóstico.
- Nombre y firma de quien solicita el apoyo.
- Domicilio (Calle, No., Colonia, C.P. y Municipio).
- Teléfono (2 números).

2.- Prescripción por el Médico Especialista en **COMUNICACIÓN, AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y OTONEUROLOGÍA**, anexando curva audiométrica con una vigencia de seis meses a partir de la fecha de expedición.

3.- En caso de ser mayor de edad presentar:

- Copia de Identificación Oficial con Fotografía (INE, Pasaporte, Cedula Profesional) ampliada a tamaño carta (200%).
- Copia de CURP actualizado al año en curso.

4.- En caso de ser menor de edad presentar:

- Copia de Acta de Nacimiento legible y CURP actualizado al año en curso.
- Copia de Identificación Oficial con Fotografía (INE, Pasaporte, Cedula Profesional) ampliada a tamaño carta (200%) y Copia de CURP actualizado al año en curso del beneficiario y cobeneficiario.

5.- Si el INE no cuenta con domicilio del Estado de México o no está actualizada, debe presentar Constancia Domiciliaria emitida por H. Ayuntamiento Municipal (no sustituye a la Identificación Oficial)

6.- Formato de registro debidamente requisitado, la parte del Estudio Socioeconómico con nombre y firma de quien lo realizó y sello del DIF Municipal.

7.- La donación solo será para personas con una edad de 0 a 59 años.

El horario de recepción de documentos es de **9:00 a 15:00** horas.

Los auxiliares auditivos se otorgan de acuerdo a la disponibilidad del recurso del DIFEM

Domicilio: prolongación Andrés Quintana Roo, casi esquina General Felipe Ángeles Col. Villa Hogar, Toluca Estado de México.

Teléfonos: (722) 2 17 28 55 Y 2 12 30 73 EXT. 8201

NO SE RECIBE NINGÚN EXPEDIENTE, SI FALTA ALGÚN DOCUMENTO O DATO EN LOS FORMATOS.

REQUISITOS PARA LA INTEGRACION DE EXPEDIENTES PARA APOYOS ESPECIALES

- Ser residente de cualquiera de los 125 municipios del Estado de México.
- Tener alguna discapacidad.
- Entregar en la Dirección de Atención a la Discapacidad :
- Elaborar por escrito petición de ayuda dirigida al Presidenta del DIFEM LA C. FERNANDA CASTILLO DE DEL MAZO ó al MTRO. MIGUEL ANGEL TORRES CABELLO; Director General del DIFEM, especificando el motivo por el que la requiere y la finalidad a alcanzar con este beneficio.
- Resumen médico, con nombre del paciente, fecha, diagnóstico médico y prescripción médica de la ayuda funcional, prótesis, órtesis o apoyo especial que requiere la persona con discapacidad, debe incluir nombre completo, firma y cédula profesional del médico especialista que prescribe (este documento no deberá exceder los seis meses de antigüedad); se podrán solicitar estudios de diagnóstico, si el Comité lo considera necesario.
- Para el caso de prótesis externas deberá anexar valoración avalada por el área psicológica de la Unidad de Rehabilitación o del SMDIF, en la cual menciona que recibió tratamiento terapéutico y se encuentra en condiciones psicológicas adecuadas para recibir el apoyo, dicha valoración deberá llevar la cedula profesional del psicólogo tratante.
- Copia de identificación oficial y Clave CURP Actualizada del beneficiario en menores de edad del Padre, Madre o Tutor en caso de menores de edad) donde se especifique el domicilio actual o en su caso, constancia domiciliaria.
- Estudio socioeconómico con clasificación, nombre y firma de quien lo realizó y sello de la institución que lo emite (SMDIF o/y Hospitales Públicos)
- Llenar el Formato Único de Beneficiario.

RECEPCION DE EXPEDIENTES DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 14:00 HRS.

LIC. CECILIA MARAGARITA GARCIA MONROY

TEL.7223621456



REQUITOS PARA SOLICITAR ATENCION Y CONSULTA PSICOLOGICA

CONTRATO TERAPÉUTICO

Polotitlán, Estado de México a ____ de _____ del _____.

- 1.- La consulta psicológica tendrá una duración de 45 minutos.
- 2.- deberá presentarse puntualmente a la cita programada.
- 3.- En caso de llegar tarde a su cita programada se le atenderá en el tiempo restante de su consulta.
- 4.- Evitar inasistencias, acudiendo con anticipación a la Clínica para solicitar cambio de cita.
- 5.- Cumplir con las indicaciones recibidas en las sesiones.
- 6.- No se podrá entregar información contenida en el expediente, ya que esta es de carácter confidencial, salvo aquellas ocasiones en que un juez o ministerio público lo soliciten.
- 7.- La información que se obtenga durante el tiempo de terapia será estrictamente confidencial; salvo aquellas ocasiones en que se infrinja la ley o existan riesgos potenciales contra la integridad física del paciente o de su entorno.

FECHA _____ NO. EXPEDIENTE _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE.	FIRMA DE PSICOLOGA TRATANTE