

## CARTA RESPONSIVA CONSULTA EDUCATIVA

Nombre del CONSULTANTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (en lo sucesivo "el Consultante").

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia, nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo algún tratamiento médico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, mencione lo siguiente:

Diagnóstico o padecimiento: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico tratante: \_\_\_\_\_

El (los) medicamento(s): \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo algún tratamiento psiquiátrico? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, mencione lo siguiente:

Nombre del Médico Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Teléfono del Médico Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Diagnóstico o padecimiento: \_\_\_\_\_

El (los) medicamento(s): \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, será necesario entregar un escrito del psiquiatra o médico tratante autorizando la consulta educativa de Semiología de la Vida Cotidiana.

¿Fuma? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Bebe? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Consume drogas? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

La Consulta en Semiología de la Vida Cotidiana® no implica la prestación de un servicio de salud, sino que parte de una perspectiva educativa que tiene por objeto ayudar al Consultante a mejorar la calidad de su vida a través del conocimiento de sí mismo. Por lo anterior, no se recetará, ni recomendará medicamento, sustancia, ni tratamiento alguno.

Además de ello, deslindo al consultor(a) NOMBRE DEL CONSULTOR(A) CERTIFICADO de cualquier acto en el que yo incurriera que pudiera atentar contra mi salud o mi vida o la de cualquier otra persona.

Entendido lo anterior, yo \_\_\_\_\_, el Consultante, señalo que es mi voluntad asistir a la Consultoría en Semiología de la Vida Cotidiana® con el CONSULTOR: NOMBRE DEL CONSULTOR CERTIFICADO. Comprendo que es una consulta educativa y reitero el compromiso de asumir la responsabilidad de los cuidados que mi salud requiera cumpliendo en todo momento con todas las indicaciones establecidas por mi(s) médico(s).

Declaro que lo antes manifestado por mí en este cuestionario se ha respondido con absoluta verdad.

Nombre y Firma Consultante \_\_\_\_\_

Al ser la Consulta en Semiología de la Vida Cotidiana® un instrumento meramente educativo en el que el Consultante aprende de sí mismo y, por lo tanto, no estar sujeta a un paradigma de la salud, ya que no constituye un modelo médico ni terapéutico, deslindo al CONSULTOR y al Instituto de Semiología, S.C., así como a todas las personas vinculadas al mismo, de cualquier responsabilidad al respecto.

Estoy de acuerdo de que en caso de que el CONSULTOR detecte algún signo de alerta en mi condición de salud física, emocional o mental, podrá solicitar la revisión correspondiente. Entiendo que es mi absoluta responsabilidad seguir o no estas indicaciones, y por lo tanto, deslindo de toda responsabilidad al CONSULTOR, al Instituto de Semiología, S.C., así como a todas las personas vinculadas a esté último.

#### CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES

De acuerdo con lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares la totalidad de la información aquí proporcionada, así como los registros y expediente del Consultante de ninguna forma será comunicada, divulgada ni publicada sin la previa autorización del Consultante, con la excepción y en los términos indicados en el párrafo precedente.

En este sentido, el CONSULTOR tomará todas las medidas que considere oportunas para salvaguardar la confidencialidad de la información que se obtenga durante el proceso de práctica de consultoría.

La confidencialidad tendrá como límite el extremo de ser requerido por autoridad judicial y/o en el caso de recibir información que pueda traer consecuencias graves a la integridad física o mental del Consultante y/o de un tercero.

Nombre y Firma Consultante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_