



## INSTITUTO DE SEMIOLOGÍA SC

### Carta Compromiso

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Yo           (NOMBRE COMPLETO)           en calidad de madre (padre), representante legal o tutor (a) del consultante           (NOMBRE COMPLETO DEL MENOR)           (en lo sucesivo “el Consultante”) menor de edad de \_\_\_\_\_ años, manifiesto que estoy de acuerdo y me comprometo a cumplir y hacer cumplir los siguientes lineamientos que rigen el proceso de consultoría individual que le serán brindadas a “el Consultante”. Asimismo, es de mi conocimiento y aceptación que la falta de conocimiento de tales reglas y lineamientos, no exime de su cumplimiento.

Por lo anterior, como responsable de la (el) menor de edad, por medio de la presente:

1. Manifiesto estar de acuerdo en que las sesiones serán impartidas vía remota o virtual a través de la plataforma “Zoom” preferentemente; en su defecto se podrán llevar a cabo a través de otro medio o plataforma similar.

2. Me obligo a comunicar de forma explícita al Consultor de cualquier padecimiento, lesión y/o enfermedad grave o de importancia de “el Consultante”, únicamente a efecto de que en caso de ser necesario sea considerado en el proceso de consultoría, sin embargo, en todo momento, asumo la total responsabilidad del estado de salud del menor, así como en su caso, buscar y obtener el diagnóstico médico correspondiente y a vigilar que el menor de puntual seguimiento al tratamiento médico que en su caso se le prescriba o haya prescrito y por lo tanto la salud de “el Consultante” es de mi exclusiva responsabilidad y reconozco que no existe responsabilidad alguna para el Consultor y/o para el Instituto de Semiología. S.C. (“ISE” en lo sucesivo), ni para sus colaboradores y/o representantes.

3. Estoy enterada(o) de que las sesiones de consultoría no deben grabarse, filmarse, reproducirse o compartirse, aun cuando esto fuera para uso personal. Entiendo que la violación a lo anterior, es causal de suspensión de la consultoría. Por lo anterior me comprometo a cumplir y hacer cumplir lo anterior.

4. Me comprometo a cubrir puntualmente el costo de cada sesión que asciende de la suma de \$1,500.00 (un mil quinientos pesos 00/100 m.n. ) cada una.

5. Estoy enterada(o) y de acuerdo en que la duración de cada sesión será de 50 minutos, así como que se impartirá una sesión a la semana. El compromiso inicial es de 16 sesiones.

6.- Manifiesto mi conformidad en que las sesiones que cancele “el Consultante” y/o quien suscribe por cualquier motivo ( vacaciones, viaje de negocios, enfermedad, imprevisto, etc.), deberán ser cubiertas con el pago correspondiente ya que el espacio está reservado exclusivamente para “el Consultante”.

- La reposición de la sesión que no tenga lugar sólo ocurrirán si existe el espacio disponible dentro de la misma semana. En caso de que no haya otras cancelaciones para reponer el espacio, no será posible la reposición de la sesión perdida.

- Las sesiones que cancele el Consultor, no tendrán que ser cubiertas por el paciente.

- Los periodos de vacaciones deberán ser anunciados con toda antelación.

7. Estoy enterada(o) que la consulta que recibe “el Consultante” es de carácter educativo y por lo tanto no tiene injerencia en el ámbito de la salud y en consecuencia me obligo a vigilar la salud de “el Consultante”.

Por último, declaro que derivado de la relación independiente que se establece, deslindo de toda responsabilidad Civil, Penal, Mercantil o de cualquier otra índole, al "ISE", al "Programa" y/o al "Consultor", así como a los representantes o colaboradores de estos, de cualquier incidente de salud física, así como cualquier incidente de toda índole, de caso fortuito o fuerza mayor, lo que se señala de manera enunciativa más no limitativa. Asimismo, al ser consciente de que se trata de situaciones independientes, deslindo a INSTITUTO DE SEMIOLOGIA, S.C. de cualquier

responsabilidad, que se pudiera presentar con motivo de la participación de la (el) menor a mi cargo.

Estoy consciente de que en caso de que el Consultor detecte algún signo de alerta en la condición de salud física, emocional o mental, del menor a mi cargo, podrá solicitar la revisión correspondiente a cargo del especialista que corresponda, siendo mi absoluta responsabilidad seguir o no estas indicaciones, y por lo tanto deslindando de toda responsabilidad al Consultor.

Manifiesto que el menor está bajo tratamiento psiquiátrico. \_\_\_\_\_ Diagnóstico: Nombre del Médico:

\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo y autorizo

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA