

## CARTA DE CONSENTIMIENTO Y PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO

Por medio del presente documento, manifiesto de manera libre, informada y voluntaria mi interés en participar en el Programa de Apoyo Psicológico (el “Programa”), administrado por Fundación RCD, A.C. (“Fundación RCD”), con el apoyo de Solaya Hospitality Management Group, S. de R.L. de C.V. (“PAM Hotels”).

En este acto, confirmo que he sido informado(a) sobre el alcance, naturaleza y condiciones del Programa, por lo que acepto formar parte del mismo en los términos que se describen a continuación.

Reconozco que mi participación en el Programa es voluntaria y tiene como finalidad brindarme un acompañamiento psicológico de carácter preventivo y de apoyo. Asimismo, entiendo que este Programa no sustituye ni constituye un tratamiento psicológico o psiquiátrico integral o de largo plazo.

Acepto participar en las sesiones que me sean asignadas, así como colaborar de manera activa en el desarrollo del proceso, proporcionando información veraz y completa que permita un adecuado seguimiento.

### Reglas del Programa

Al inscribirme y participar en el Programa, me obligo a cumplir con lo siguiente:

1. Asistir puntualmente a las sesiones programadas con el especialista que me sea asignado y dar el debido seguimiento al proceso de acompañamiento psicológico.
2. Asumir la responsabilidad del seguimiento de mi proceso, reconociendo que Fundación RCD y PAM Hotels no son responsables por los resultados del mismo.
3. Evitar inasistencias injustificadas y dar continuidad al Programa, entendiendo que la inasistencia a tres sesiones o la falta de seguimiento podrá derivar en mi baja.
4. Realizar, en caso de baja y solicitud de reincorporación, una aportación económica equivalente a \$800 MXN, como señal de compromiso con el Programa.
5. Proporcionar información veraz y completa durante las sesiones, reconociendo que la información compartida con el especialista forma parte de la relación profesional-paciente y será tratada bajo principios de confidencialidad.

Reconozco que la atención psicológica será brindada por un especialista independiente, quien actúa bajo su propia responsabilidad profesional, sin que exista subordinación con Fundación RCD o PAM Hotels. En virtud de lo anterior, entiendo y acepto que Fundación RCD actúa únicamente como administrador del Programa, siendo responsable de su gestión operativa y del pago de las sesiones, sin intervenir en la atención clínica. En consecuencia, Fundación RCD y/o PAM Hotels no son responsables ni están vinculados con los diagnósticos, tratamientos, enfoques terapéuticos, pronósticos o decisiones clínicas que determine el especialista.

Asimismo, reconozco que PAM Hotels, en su carácter de empleador, no podrá utilizar la información derivada de este Programa como fundamento para afectar mi relación laboral.

Sin perjuicio de ello, entiendo que, para efectos de administración del Programa, cumplimiento normativo, seguimiento operativo y evaluación de resultados, el especialista podrá compartir con



Fundación RCD y, en su caso, con PAM Hotels, información limitada, en apego al principio de confidencialidad profesional-paciente, relacionada con mi participación.

En este sentido, autorizo expresamente que el especialista comparta con Fundación RCD, la siguiente información:

- Datos de identificación, tales como nombre y número de colaborador.
- Información administrativa, como puede ser control de asistencia, número de sesiones, estatus de participación.
- Información de carácter sensible limitada exclusivamente al motivo de consulta, el cual será clasificado conforme a un catálogo general previamente definido.

Dicha información podrá ser utilizada por Fundación RCD y/o PAM Hotels, según sea el caso, para los siguientes fines:

- La administración y operación del Programa.
- La integración de expedientes administrativos de seguimiento.
- La generación de reportes y estadísticas.
- El diseño de programas, campañas o pláticas de apoyo.
- La identificación de necesidades generales de atención.
- La activación de protocolos de atención en situaciones críticas.

Reconozco que, en todos los casos, la información compartida deberá limitarse estrictamente a lo anterior, sin incluir diagnósticos, notas clínicas, evolución del tratamiento ni cualquier otro detalle propio del expediente clínico.

Considerando lo anterior, por medio del presente, otorgo mi consentimiento previo, expreso e informado para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos personales sensibles relacionados con mi estado de salud, en los términos descritos en este documento.

Declaro que he tenido a mi disposición el Aviso de Privacidad de Fundación RCD y de PAM Hotels, los cuales pueden ser consultados en [www.rcdfundacion.org](http://www.rcdfundacion.org) y [www.pamhotels.com](http://www.pamhotels.com), respectivamente. Asimismo, reconozco que, como titular de los datos personales, cuento con los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como con el derecho de revocar, en cualquier momento, el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales, en los términos previstos por la legislación aplicable.

Se firma en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Propiedad: \_\_\_\_\_

Número de colaborador: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Modalidad de sesión:  Presencial  Virtual  Mixta

Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

***[Favor de entregar copia de tu identificación oficial, junto con este documento]***