

CONTRATO TERAPÉUTICO

En _____, el día ____ de _____ de _____.

REUNIDOS:

Por un lado, el Dr. _____, en calidad de Secretario del Colegio Oficial de Médicos de _____.

Por otro lado el Dr. _____, como médico con ejercicio profesional en _____, que sigue tratamiento en el PAIME.

Por otro lado el Dr. _____, como médico terapeuta del PAIME del Dr. _____.

Por otro lado el Dr. _____, como médico tutor del Dr. _____.
(*opcional*).

Y, por otro lado el Dr./Sr. _____, como representante del centro/hospital _____ donde colabora/ presta sus servicios el Dr. _____.
(*opcional*)

MANIFIESTAN:

I – Que el Dr. _____ se halla afecto de un trastorno psíquico/addictivo (*borrar la opción no válida*) desde hace _____.

II – Que por este motivo, el Dr. _____ entró en el PAIME el ____ de _____ para ser atendido y controlado desde el Programa.

I, por estos motivos, las partes acuerdan firmar un Contrato Terapéutico que se registrará por las siguientes

CLAÚSULAS:

Primera.- Los presentes se comprometen a mantener la más estricta confidencialidad con relación a todo aquello que sea tratado y acordado durante la reunión.

Segunda.- El Dr. _____ considera que el Dr. _____ puede ejercer la medicina, siempre y cuando se comprometa a abstenerse de consumir tóxicos/alcohol, seguir el tratamiento prescrito, acudiendo a las visitas de seguimiento que le serán pautadas según la evolución del proceso y siempre a criterio de su terapeuta (y se someta a controles de orina _____ veces por semana o bien a cualquier otro control toxicológico que su terapeuta le indique).

Tercera.- El Dr. _____ acepta actuar como tutor del Dr. _____, comprometiéndose a reunirse periódicamente con él, para valorar conjuntamente la evolución del proceso, desde el punto de vista de la práctica médica.

Cuarta.- El Dr. _____ autoriza a los Drs. _____ y _____ a informar periódica y puntualmente, si fuese necesario, al Dr. _____ de la evolución del proceso terapéutico, del incumplimiento del tratamiento (y del resultado de los controles analíticos), así como de todo aquello que pudiera interferir en el correcto desarrollo de su práctica profesional.

Quinta.- La duración inicial de este Contrato Terapéutico será de ____ meses, al termino de los cuales se revisarán de nuevo sus contenidos.

Sexta.- El Dr. _____ manifiesta que el incumplimiento flagrante de este Contrato Terapéutico por parte del Dr. _____ daría lugar a una suspensión temporal e inmediata del ejercicio de la medicina, con el fin de preservar la salud de los pacientes del Dr. _____.

Y, en prueba de su conformidad con el presente escrito, los asistentes firman este documento en el lugar y fecha arriba indicados.

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____

Dr. _____