

**Testimonio de Autenticidad del Participante**  
**Behavior Therapy Training Institute (BTTI)**  
*International OCD Foundation*

NOMBRE DEL PARTICIPANTE BTTI (en letra de molde): \_\_\_\_\_

- 1) Actualmente tengo licencia o cédula profesional en México para practicar psicoterapia.
- 2) Mi licencia / cédula profesional me permite practicar psicoterapia de manera independiente.
- 3) Mi licencia / cédula profesional está en buen estado.
- 4) He incluido una copia de mi licencia / cédula profesional actual con este formato de autenticidad.
- 5) Mi trabajo profesional incluye la practica de psicoterapia y planeo usar los conocimientos y habilidades que obtenga en el BTTI para brindar psicoterapia basada en la evidencia para el TOC.
- 6) Entiendo que la participación en el BTTI incluye la evaluación, la formulación del caso y el tratamiento de una persona con TOC.
- 7) He identificado a un paciente con TOC que puedo usar como mi caso de capacitación o creo que podré obtener un caso de capacitación antes de que comience la capacitación de BTTI. También entiendo que no es aceptable usar a un familiar o amigo para mi caso de capacitación.
- 8) Entiendo que el rol del BTTI incluye la enseñanza y la consulta, pero no incluye la supervisión. Soy legalmente responsable de la calidad de la atención que proporciono para mi caso de capacitación.
- 9) Entiendo que, si soy aceptado, la cuota de inscripción no es reembolsable. No habrá excepciones para emergencias médicas, de viaje o profesionales.

HE LEÍDO LAS DECLARACIONES ESCRITAS ANTERIORMENTE. DECLARO QUE TODAS SON VERDADERAS.

---

Firma del Participante de BTTI

---

Fecha