



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

(Para que psicología llame en cualquier momento a entrevista a un estudiante y se pueda remitir y/o valorar)

Ciudad y fecha: _____

Consultante: _____

Documento de Identificación: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Yo, _____, Identificado (a) con n° de doc _____, actuando en representación de: _____ con R.C. () o T.I. () número _____ y en calidad de padre de Familia () o Acudiente ()

CERTIFICO:

que en virtud de lo establecido en la normatividad nacional vigente relacionada con la prestación de los servicios de Salud Mental, con la profesión de Psicología y demás relacionadas, he sido debidamente informado sobre rutinas, actividades, procesos y procedimientos propios del ejercicio de la Psicología, que en este procedimiento en particular serán utilizados o pueden llegar a ser utilizados de ser necesario, y también sobre las/los profesionales de la salud que intervendrán o pueden llegar a intervenir, sobre sus límites, responsabilidades, deberes y derechos, y así mismo, sobre los deberes, derechos, responsabilidades y límites de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

He sido debidamente informado y soy consciente de que se tratará, profundizará y compartirá información personal y sensible, la cual es la base de todo proceso psicológico y por lo tanto autorizo a las/los profesionales de Salud Mental que intervendrán en este proceso en particular, para tratarla y para gestionarla, consciente de los principios de bioética y deontología, y de confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.

Nombre del padre/madre de familia/acudiente

Cédula de ciudadanía