



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

DATOS INFORMATIVOS GENERALES

Nombres y apellidos del estudiante:

Curso:

Paralelo:

Jornada:

Fecha:

Contacto representante:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con C.I. _____ en calidad de representante del estudiante _____ que cursa el _____ paralelo _____, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución de educación, AUTORIZO () NO AUTORIZO (), que mi representado/a cuente con este servicio, en razón de que:

_____. A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la institución educativa que brinde dicho servicio

FIRMAS

Profesional del Departamento de Consejería
Estudiantil que brindará la atención

Padre/madre/representante legal

Nombre:

Nombre:

***La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento De Consejería Estudiantil.**