



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

DATOS INFORMATIVOS GENERALES

Nombre del/la estudiante: _____

Curso y paralelo: _____

Jornada: _____

Teléfono de representante: _____

Fecha: _____

Consentimiento informado

Yo,, en calidad de representante de el/la estudiante, 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:

