



# UNIDAD EDUCATIVA BAÑOS DECE

Consentimiento informado para la Atención Psicosocial	
Datos informativos generales	
Nombre del/la estudiante:	
Curso y paralelo:	Jornada:
Teléfono de representante:	Fecha:
Consentimiento informado	
<p>Yo, _____ en calidad de representante del 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 _____</p> <p>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.</p>	
Firmas	
 Profesional del Departamento de Consejería Estudiantil que brindará la atención	Padre/madre/representante legal
Nombre: Lic. Nelly Salazar	Nombre:
*La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil	

