



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICILÒGICO

Sr (a) usuario, por favor lea atentamente el documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene alguna duda consúltelo.

1. Uso y confidencialidad de los datos.

Toda la información obtenida durante el proceso de evaluación y asesoramiento psicológico será completamente confidencial y únicamente utilizada para dicho proceso de asesoramiento psicológico dirigido al usuario que lo requiere.

2. Consentimiento por parte del usuario (o tutor en caso de menor de edad).

Doy mi consentimiento para la realización de asesoramiento psicológico y estoy consciente de que la psicóloga que brinda el servicio de asesoramiento psicológico solo cuenta con buenas intenciones ante el usuario. Además de brindar su servicio de manera gratuita por pertenecer a la coordinación municipal de la Juventud.

En caso de ser necesario, se canalizara al usuario a otra institución donde continuaran con el asesoramiento y tratamiento psicológico.

3. Compromiso por parte del usuario o tutor en caso de menor de edad.

Durante el proceso de asesoramiento psicológico, me comprometo en ser puntual y participar de manera positiva, con el objetivo de que dicho proceso de mejores resultados. Al mismo tiempo, el ser responsable en avisar con tiempo de anticipación en caso de cancelación al prestador del servicio.

4. Compromiso por parte del prestador del servicio.

Me comprometo a brindar el servicio de asesoramiento psicológico de la mejor manera y utilizar los datos recabados única y solamente para el mejoramiento del usuario.

Ser responsable con cada paciente en avisar con tiempo de anticipación las fechas y horarios de citas para el asesoramiento psicológico.



5. Declaración del consentimiento:

Fecha de firma de consentimiento informado: _____

Lugar: _____

Yo: _____ **usuario o padre de familia** en caso de ser menor de edad, estoy de acuerdo con este consentimiento informado.

Firma de usuario o padre de familia por menor de edad.

Firma de psicóloga prestador de servicio.