



Fecha: \_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Por este medio se hace constar que: \_\_\_\_\_  
asistió a sus: \_\_\_\_\_ sesiones, mostrando un avance en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ obteniendo así  
su alta del programa de atención psicológica en el Instituto Municipal de  
Prevención para Adolescentes.

En caso de reincidencia, se contará con el apoyo de la institución para su  
adecuado seguimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de madre o padre

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la psicóloga