ESCUELA DE PSICOLOGÍA - CLÍNICA PSICOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente yo, _____;

Doy autorización a mi hijo/a _____, y declaro estar en conocimiento de que en este proceso podría ser atendido si fuese necesario por un/a profesional psicólogo/a titulado/a, que se encuentra cursando su formación de Magíster o por alumnos en práctica en la Escuela de Psicología de la Universidad Mayor Sede Temuco.

Declaro estar en conocimiento que mi pupilo/a participará de un proceso de detección de necesidades a nivel de colegio, en el cual el objetivo es poder visualizar necesidades que se presenten a nivel personal, de curso o nivel, con el fin de intervenir o realizar talleres pertinentes que ayuden al alumno a mejorar su rendimiento escolar como su estado socioemocional en situación de crisis sanitaria.

Entiendo que el contexto de esta intervención está resguardado por el principio ético de la confidencialidad, por lo que la información será usada con fines exclusivamente profesionales, resguardando su identidad. Sin embargo, si durante el proceso de intervención se dan a conocer hechos que revistan carácter de delitos y/o vulneración de derechos de niños, adolescentes y/o adultos éstos hechos deberán ser informados a la autoridad competente.

Estoy en completo acuerdo con estas condiciones y las acepto voluntariamente.

_____	_____
Firma solicitante	**Cédula de Identidad**

Temuco, _____ de _____ 2020