

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CLÍNICA PARA MENORES ADOLESCENTES

D/D^a.: _____ con DNI/Pasaporte n^o, _____

-en su nombre

- en representación de D/D^a _____ en calidad de _____

MANIFIESTA QUE:

Ha recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso a seguir, aplicándose los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidas en el Código Deontológico de los/as Psicólogos/as.

Por otra parte y para un mejor resultado de la evaluación/tratamiento psicológico, el/la psicólogo/a guardará confidencialidad de los datos obtenidos del menor, salvo en el caso de existir un riesgo para su salud o la de terceros.

Por lo que AUTORIZO D/D^a _____ a realizar la citada intervención profesional

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma:

Firma:

D/D^a _____

D/D^a _____

Psicólogo/a Col. N^o AO- _____