

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CLÍNICA

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

-en su nombre

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

MANIFIESTO QUE:

He 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 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- _____