

## Formato de asentimiento informado de atención psicológica en línea para niñas, niños y adolescentes

### 1. Datos de identificación de la niña, niño o adolescente que recibe la atención

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Centro Educativo: \_\_\_\_\_

### 2. Datos de la persona que otorga el asentimiento informado (madre, padre o tutor/a legal)

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profesión u oficio: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Vínculo familiar o legal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### 3. Desarrollo del consentimiento informado

Este formulario es para documentar que yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), \_\_\_\_\_ (madre, padre o tutor/a legal) he sido informado sobre la política de privacidad de la información personal, política de confidencialidad y comunicación, y por lo tanto comprendo, autorizo y doy mi consentimiento a Sara Hernández quien es profesional en psicología autorizado/a por la Junta de Vigilancia para la Profesión en Psicología con número de registro 8568 para que mi hijo/a o mi tutorado/a legal, de nombres y apellidos \_\_\_\_\_ reciba la prestación de atención psicológica en línea.

### 4. Datos de identificación del profesional de salud que desarrolla y obtiene el consentimiento informado

Nombres y apellidos: Sara Hernández Profesión: Licenciada/o en Psicología

Número de registro de la JVPP: 8568

Todo ello y tal como lo establecen las disposiciones legales pertinentes relacionadas con el Consentimiento Informado, lo cual se verifica que lo entiende y acepta, por lo que firmamos el presente consentimiento.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

*Sara Hernández*

(Firma del profesional de salud)

\_\_\_\_\_  
(Firma de quien lo otorga)

Observaciones:

\_\_\_\_\_