

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 16 AÑOS Y/O PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

D/Dña _____, mayor de edad con domicilio en _____
_____ y NIF/NIE _____ en calidad de padre / madre / tutor legal;

Y

D/Dña _____, mayor de edad con domicilio en _____
_____ y NIF/NIE _____ en calidad de padre / madre / tutor legal;

LIBREMENTE MANIFIESTAN

1.-Que tengo conocimiento del artículo 25 del Código Deontológico del Ilustre Colegio de Psicólogos que textualmente indica: *“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”.*

2.-Que tengo conocimiento del artículo 42 del Código Deontológico del Ilustre Colegio de Psicólogos, que indica: *“Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona -jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado-, éste último o sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del Informe Psicológico consiguiente. El sujeto de un Informe Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la Psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas.”*

3.-Que tengo conocimiento de que el objetivo del proceso psicoterapéutico es promover el bienestar emocional, conductual y/o social del menor. Estoy informado(a) de que todas las sesiones serán confidenciales, salvo en los casos previstos por la ley, tales como el riesgo para la integridad del menor u otras personas.

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZAN

Que el/la menor _____ con fecha de nacimiento _____
y DNI/NIE _____ reciba atención e intervención psicológica brindada por la psicóloga CARLA SANTANA FELIPE, con número de colegiado P-02967, en el centro BENSENY, ubicado en Plaza Sta Isabel, 8, Vegueta, Las Palmas de Gran Canaria.

Asimismo, doy mi consentimiento para que se realicen las evaluaciones, intervenciones y procedimientos que el/la psicólogo(a) considere pertinentes en beneficio del menor, y estoy disponible para cualquier consulta o participación requerida durante el proceso terapéutico.

Contacto del padre/madre/tutor legal:

- Teléfono

Correo electrónico:

Firma(s) del padre, madre o tutor legal:

Firma del psicólogo(a):