



Consentimiento razonado bajo información Rechazo al tratamiento psicológico



Chihuahua, Chih., a _____ de _____ de _____

El que suscribe: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Matricula: _____ Facultad: _____

Por medio de la presente, **DECLARO** que he sido debidamente informado por **la Unidad de Psicología de la facultad de enfermería y nutriología**, en relación al tamizaje de salud mental del **“Programa de Promoción y Atención de la salud mental”** para ser incluido en un esquema de atención psicológica; expreso que he sido debidamente informado sobre los riesgos de no contar con atención psicológica y sobre los beneficios del tratamiento recomendado.

Considerando lo anterior y bajo mi decisión personal, informo que no es mi deseo recibir el mencionado tratamiento.

M.P.C BRENDA GOMEZ PUENTE
Psicoterapeuta de la Facultad de Enfermería y
Nutriología

Nombre y firma de alumno (a)

M.E CRISTINA IVONNE HUIDOBRO GARCIA
Jefatura de Unidad de Tutorías
de la Facultad de Enfermería y Nutriología

Revisión: 01	Código: PSI-E-3-03	Elaboró	Revisó	Aprobó
Fecha de emisión: 2025	Página 1 de 1	Secretaría Académica	Jefe de Unidad de Calidad	Dirección
Responsable: Secretaría Académica				