



Carta de consentimiento informado



Chihuahua, Chih., a _____ de _____ de _____

Yo: _____

Con matrícula: _____, de la carrera de: _____

Otorgo el consentimiento para que se me realicen pruebas de evaluación psicológica, con el objetivo de analizar rasgos de personalidad, estado de ánimo, ansiedad y capacidades académicas.

Al finalizar, se harán de mi conocimiento dichos resultados y las vías de atención y solución para los mismos.

Firma de alumno (a)

M.P.C BRENDA GOMEZ PUENTE
Psicoterapeuta de la Facultad de Enfermería y
Nutriología
614 238 6048 ext.4837
bgomezp@uach.mx

Revisión: 01	Código: PSI-E-3-04	Elaboró	Revisó	Aprobó
Fecha de emisión: 2025	Página 1 de 1	Secretaría Académica	Jefe de Unidad de Calidad	Dirección
Responsable: Secretaría Académica				