

Formato de consentimiento informado

Ahora que tomó la decisión de integrarse al programa de atención psicológica, tómese unos minutos para leer detenidamente la carta de consentimiento informado, en la cual se exponen los intereses y obligaciones que tiene el programa.

Por medio de la presente yo: _____ otorgo mi consentimiento para participar en un programa de atención psicológica y/o psicoandrogica, que consiste en evaluación diagnóstica, la cual se puede llevar a cabo a través de una entrevista, revisión del carnet de salud, o una nueva aplicación psicométrica además de un tratamiento confirmado por 10 sesiones que pueden variar de acuerdo a mis necesidades de atención, con una duración de 50 minutos cada una.

Estoy al tanto, que mi participación en el programa, proporcionará información sensible acerca de mi persona; la cual es necesaria para facilitar la modificación de mi conducta, emociones y/o pensamientos, que afecten mi desempeño como estudiante de esta facultad.

Acepto asistir de manera puntual a mis sesiones, teniendo un margen de tolerancia de 15 min como máximo; de igual manera me comprometo a cancelar mis citas, con al menos un día de anticipación, para que me puedan brindar un mejor servicio. Estoy enterado (a) que ausentarse de manera frecuente a mis citas programadas, puede ser motivo de baja del programa.

La información obtenida en el expediente clínico será manejada bajo las normas de confidencialidad¹ y el principio ético del secreto profesional y siendo el integrante del programa mayor de edad, solo podrá ser dada a conocer a terceros mediante el consentimiento escrito del mismo, o por orden de una autoridad judicial, órganos de procuración de justicia, autoridades sanitarias o autoridades académicas pertinentes.

En todo momento, usted podrá revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales, a fin de que dejemos de hacer uso de los mismos. Para ello, es necesario que presente su petición escrita al Departamento de Psicopedagogía de la facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

La presente se la llevo a cabo en la Facultad de Enfermería y Nutriología siendo las _____ horas del día _____ del mes _____ del año 20____.

Firma de alumno (a)

Nombre y firma del psicoterapeuta

¹Este formato se elaboró de acuerdo a los artículos 2.1, 4.8 del aviso de privacidad de la Universidad Autónoma de Chihuahua, los artículos 10.5, 10.6, 37.2, 37.5 ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.

Revisión: 01	Código: PSI-E-3-07	Elaboró	Revisó	Aprobó
Fecha de emisión: 2025	Página 1 de 1	Secretaría Académica	Jefe de Unidad de Calidad	Dirección
Responsable: Secretaría Académica				