|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo, |  | | | con tipo de documento | | |  | número |
|  | | de la ciudad de |  | | ,MANIFIESTO mi consentimiento en | | | | |
| la participación en el tratamiento psicológico, llevado a cabo por el/la psicólogo(a) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | y expreso que he sido notificado | | | | | |
| que la información aportada al psicólogo(a) durante el proceso,está sujeta a secreto profesional y que por ende, no puede ser divulgada a terceras personas sin mi consentimiento expreso. He sido informado que el/la psicólogo(a) está obligado(a) a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo grave para mí y terceras personas o bien si fueran solicitadas por entes jurídicos. En la supuesta situación de que alguna autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la psicólogo(a) estará obligado(a) a proporcionar sólo aquella que sea relevante para la solicitud y de mantener la confidencialidad de cualquier otra información.  Igualmente he sido notificado del número promedio de sesiones a trabajar y los minutos de su desarrollo por sesión. Llegada la situación donde alguna de las partes no pueda acudir a la respectiva cita, se deberá informar con antelación, a menos que se trate de una situación extrema (enfermedad o accidente) que requiera el abandono temporal o definitivo del proceso. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | |
| **Nombre:**  **Usuario** |  | | **Nombre:**  **Psicólogo a cargo o en formación** | |

**"Autorizo a la Escuela Tecnológica Instituto Técnico Central a que trate mis datos personales para fines institucionales. Los datos personales recolectados mediante este formulario se encuentran protegidos mediante la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales aprobada por la Alta Dirección de la Institución”**