



Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

Aspirante: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGIA**

Para el procedimiento de: **PRUEBA PSICOMÉTRICA Y/O ENTREVISTA**

Yo: \_\_\_\_\_ identificado (a) con: \_\_\_\_\_

Actuando en mi nombre (si es mayor de edad) ( ).

Actuando en representación de (si es menor de edad) ( )

Nombre del Aspirante: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO**

Que en virtud de lo establecido en la normativa vigente relacionada con la prestación de los servicios de salud Mental, con la profesión de Psicología y demás relacionadas, he sido debidamente informado sobre actividades, procesos y procedimientos propios del ejercicio de la Psicología, que en este procedimiento en particular serán utilizados o pueden llegar a ser utilizados de ser necesarios, y también sobre los/las profesionales de la salud, que intervendrán o pueden llegar a intervenir, sobre los límites, responsabilidad, deberes y derechos y así mismo, sobre los deberes, derechos, responsabilidades y límites de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

He sido debidamente informado y soy consciente de que se tratara, profundizara y compartirá información personal y sensible, la cual es la base de todo proceso psicológico y por lo tanto autorizo a las los/las profesionales de la Salud Mental que intervendrán en este proceso en particular para tratarla y gestionarla, consciente de los principios de Bioética y Deontología.

Firma del Aspirante: \_\_\_\_\_

Identificado (a) con: \_\_\_\_\_

Firma del Acudiente: \_\_\_\_\_

Identificado (a) con: \_\_\_\_\_

Índice derecho

Firma y sello psicólogo(a) del aspirante