Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con documento de identidad C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que la profesional de psicología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lleve a cabo mi proceso terapéutico. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito diferente al de mi avance terapéutico. Así mismo manifiesto que por medio de este consentimiento:

1. He sido informado de que este proceso no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados.
2. He sido informado de que el psicólogo (a) responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos terapéuticos utilizados.
3. He sido informado que soy libre de dejar el proceso terapéutico en cualquier momento.

Firma del usuario y/o Acudiente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_