



Consentimiento informado para la Atención Psicosocial	
Datos informativos generales	
Nombre del estudiante:	
Curso y paralelo:	
Teléfono de representante:	Fecha:
Consentimiento informado	
Yo, _____ en calidad de representante de el/la estudiante, _____ una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución educativa (<i>Entrevista individual, acompañamiento psicosocial, intervenciones individuales y grupales, orientación y consejería estudiantil, fortalecimiento y seguimiento de habilidades socioemocionales</i>) AUTORIZO (☐) NO AUTORIZO (☐), que mi representado/a cuente con este servicio, periódicamente en razón de que _____ _____ A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la institución educativa que brinde dicho servicio.	
Firmas	
DECE	Padre/madre/representante legal
Nombre:	Nombre:
*La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil	