



Consentimiento Informado para menores de edad

Yo, _____ Rut _____ en calidad de representante legal del menor _____ Rut _____, doy mi consentimiento para que la psicóloga Karen Arriagada Quezada con registro en la superintendencia de salud N° 823912, registro en la superintendencia de educación N° 347222, realice evaluaciones psicológicas y/o terapias con el menor.

Entiendo que:

1. La psicóloga explicará el propósito y la naturaleza de las evaluaciones o terapias, así como los procedimientos involucrados, toda la información sobre el tiempo destinado a sesión, modalidad de atención, valores, inasistencias y atrasos.
2. Tengo derecho a recibir información sobre el progreso del menor en las sesiones, así como a hacer preguntas y expresar preocupaciones en cualquier momento.
3. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, lo que implicará la interrupción de las evaluaciones o terapias.
4. Se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida durante las sesiones, y solo se verá interrumpida si existe un riesgo contra la vida del paciente o a terceros, si se toma conocimiento de la participación actual o futura de alguna situación constitutiva de delito y si fuese ordenado judicialmente, en este caso se proporcionará solo aquella información que sea relevante para la investigación, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información, ya que según el código Procesal Penal artículo 175, los profesionales relacionados con la conservación o el restablecimiento de la salud como la Psicología, tienen la obligatoriedad de denunciar cualquier delito del que tomaran conocimiento en el ejercicio de sus funciones, especialmente contra menores de 18 años de edad.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____