

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS SESIONES

A continuación, se presentan lineamientos a tomar en cuenta para la permanencia dentro del programa:

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LAS SESIONES. En la Clínica de Atención Psicopedagógica y Psicológica de la UNIS, de la Facultad de Humanidades de la Universidad del Istmo, se lleva a cabo la práctica clínica de los estudiantes de ambas Licenciaturas, con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. La práctica es supervisada por un equipo de profesionales para asegurar la máxima eficacia y excelencia en la atención que se ofrece.
2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS. Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro. La Clínica UNIS velará por el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.
3. PROCESO. Como parte de la supervisión, los profesionales a cargo estarán realizando observaciones de las diferentes sesiones a lo largo del semestre.
4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. Si en algún momento de la intervención, usted desea dejar de participar en la Clínica, rogamos que lo comunique a la secretaria de clínica.
5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO. Yo, _____
(padre de familia o encargado de _____), he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de las sesiones de atención y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en el momento en que ya no desee continuar puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro, y por último el proceso requerirá de observaciones por parte del equipo de profesionales. CONSIENTO Y ACEPTO participar en la atención clínica, cumpliendo los acuerdos mencionados anteriormente.

En la ciudad de Guatemala, en la fecha..... del mes de..... del año.....

Firma: _____ DPI: _____