

## 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.** Fabian Esteban Sanchez Salgado (padre de familia o encargado de Fabian Esteban Sanchez Salgado, 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: \_\_\_\_\_

  
FIRMA

\_\_\_\_\_ DPI: 1.193.081.988