



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 comuniqué a la secretaria de clínica.
5. **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.** Yo, Pablo David Guerra Alonzo
(padre de familia o encargado de Pablo Davod Guerra Alonzo), 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: 3006 38140 0101



Señores

Clínica de Atención Psicopedagógica y Psicológica

Facultad de Humanidades

Universidad del Istmo

Presente

Yo Pablo David Guerra Alonzo, me identifico con DPI número 3006 38140 0101, como paciente de la Clínica de Atención Psicopedagógica y Psicológica de la Universidad del Istmo, indico que libero de toda responsabilidad a dicha Clínica, a la Facultad de Humanidades de la Universidad del Istmo, a sus empleados, practicantes y profesionales por cualquier accidente, percance o situación que me ocurra y que cause algún daño o lesión de cualquier naturaleza a mi persona o cualquier acompañante durante el tiempo que permanezca dentro de dicha Clínica o las instalaciones de la Universidad del Istmo.

Firmo el presente documento en la Ciudad de Guatemala el 19 de Septiembre de 2022

Pablo David Guerra Alonzo

Nombre

Firma

3006 38140 0101

N° Documento de Identificación