



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, Yolanda Adolfo García (padre de familia o encargado de Yolanda Emanuel García), 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...5... del mes de agosto... del año...2021.....

Firma:

DPI:

199236577 0203



Señores

Clínica de Atención Psicopedagógica y Psicológica

Facultad de Humanidades

Universidad del Istmo

Presente

Yo Justino Adelfo yara me identifico con DPI número 1992 365770203, y soy encargado de Justino Francisco, quien es paciente de la Clínica de Atención Psicopedagógica y Psicológica de la Universidad del Istmo. Por medio de esta carta 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 le ocurra y que cause algún daño o lesión de cualquier naturaleza a él/ella, 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 5 de agosto de 21.

Justino Adelfo yara

Nombre

[Firma]

Firma

1992 365770203

N° Documento de Identificación