

CONSENTIMIENTO

A mi petición, la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán ha facilitado sus instalaciones y personal para brindarme a mí y a mi familia en su caso, el Servicio Externo de Apoyo Psicológico.

Asimismo, he sido informado (a) de que todos los procedimientos serán realizados por estudiantes en entrenamiento que están bajo la supervisión de profesionales competentes.

La información que el departamento o su personal obtenga durante las sesiones de atención psicológica puede ser importante o significativa desde un punto de vista profesional y/o educativo y por ello estoy de acuerdo con que la información pueda ser utilizada como recurso para algún propósito educativo razonable.

Los estudiantes en entrenamiento podrían en ocasiones: observar, grabar (video o audio) y/o participar directamente en las sesiones como parte de su experiencia educativa. Por todo lo anterior, doy mi consentimiento y el de mi familia en su caso, para que este proceso se lleve a cabo.

Cualquier información que sea revelada en las sesiones de atención psicológica será mantenida confidencialmente entre los estudiantes y supervisores, excepto cuando se juzgue, con base en una evidencia particular o informe, que el cliente esté involucrado en un acto criminal o tenga probabilidades de dañarse a sí mismo, o a algún tercero.

El cliente o la familia, tienen el derecho de abandonar el programa en cualquier momento sin perjuicio para ellos.

Firma del Cliente

NOMBRE: _____

FECHA: _____