**Asunto. - Consentimiento de grabación en audio**

**de sesión con fines educativos.**

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, su consentimiento para la grabación en audio, de esta sesión de psicoterapia, con fines formativos y de desarrollo profesional.

Las grabaciones se utilizarán como apoyo para las supervisiones que se realizan para asegurar la máxima eficiencia, eficacia y excelencia en la atención psicológica que ofrecemos.

Los datos e información obtenida serán utilizados únicamente con fines educativos y de formación.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre se garantizará la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

**Victoria de Durango, Dgo, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del terapeuta Nombre y firma del terapeuta**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del paciente**