**Certificado de Atención Psicológica**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Psicólogo(a) clínico(a), certifico que he brindado evaluación y acompañamiento terapéutico a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

El proceso de apoyo psicológico especializado se inicia el día \_\_/\_\_/\_\_, manteniéndose hasta la fecha, con sesiones continuas de manera semanal. Cabe destacar que actualmente el proceso se encuentra en etapa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (evaluativa, psicodiagnóstica, proceso de intervención, etc), la cual resulta relevante para caracterizar el cuadro clínico actual y comprender el motivo de las desregulaciones. Además este periodo será de vital importancia para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se agradece y se considera necesario tomar los antecedentes descritos anteriormente.

Saluda atentamente,

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ps.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XX.XXX.XXX-X

N° SIS XXXXX

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024