**CONSENTIMIENTO  
INFORMADO**

Yo, Y.C.A con DNI N° 44237628. En calidad de: () Paciente (X) Apoderado de mi: () Hijo(a). He recibido información suficiente acerca de la evaluación psicológica, por parte del alumno de psicología. Cinthya Cala Zapana al que presta voluntariamente mi consentimiento, de acuerdo a las siguientes condiciones:

**CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION PSICOLOGICA:**

1. Se realizará una evaluación psicológica, la cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. El abordaje será el de acuerdo a cada situación clínica y se inscribe dentro del marco de la psicoterapia basada en a la evidencia.
3. Por el presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondida a todas las dudas pertinentes.

**DURACION Y MODALIDAD DE LA EVALUACION PSICOLOGICA:**

1. La evaluación psicológica se llevará a cabo con una determinada prioridad indicada por el estudiante de psicología tratante. Las consultas tienen una duración promedio de 50 minutos, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
2. El plazo de tratamiento será el que el/la estudiante de psicología tratante, juzgue necesario de acuerdo a la problemática que ha generado la consulta.

**Lugar**: casa de evaluación

**Fecha**: 10/04/2023

