

CONSENTIMIENTO INFORMADO

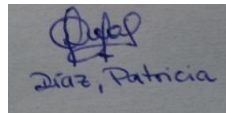
PROCESO DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA

POR LA PRESENTE YO \_\_\_\_\_ CON DNI  
N° \_\_\_\_\_ CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_

CON TELEFONO \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD, ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA PARTICIPAR DE UN PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ESTANDO DE ACUERDO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE REALICE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA MEDIANTE 4 ENTREVISTAS Y DE LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS EN CASO DE SER NECESARIO. LUEGO SE PODRÁ CONTINUAR CON SESIONES DE PSICOTERAPIA DE SER NECESARIO.

POR OTRA PARTE, EN CASO DE CANCELACIONES ME COMPROMETO A AVISAR CON 24 HS DE ANTELACIÓN, DE LO CONTRARIO SE DEBERÁ ABONAR LA SESIÓN.

BUENOS AIRES \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2025



Díaz, Patricia

FIRMA DEL CONSULTANTE

LIC. DÍAZ PATRICIA A. MP 85.370

---