

YO ME LLAMO,



ESCRIBO MI NOMBRE AQUÍ SI SOY NIÑA	ESCRIBO MI NOMBRE AQUÍ SI SOY NIÑO
<div></div>	<div></div>

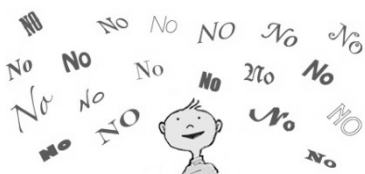
Y PUEDO DECIR QUE EN EL CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA ME CONTARON ESTAS COSAS CON LAS QUE ESTOY DE ACUERDO (COLOREO EL DIBUJO O PONGO UNA MARCA EN LOS CUADROS):



Se me explicó por qué voy a recibir un tratamiento psicológico y entendí lo que me dijeron. Me explicaron que el tratamiento consiste en citas con el (la) psicólogo(a) en las que me harán preguntas o me propondrán cosas para hacer y yo puedo aceptar o no hacerlas sin que tenga ninguna consecuencia negativa para mí.

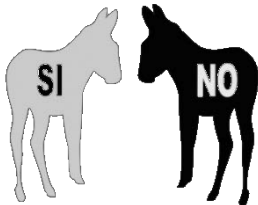


Se que puedo hacer todas las preguntas que yo quiera si no entiendo algo de lo que me digan



Sé que puedo decir que no quiero hacer el tratamiento (ahora o después) y que eso no va a generar una consecuencia negativa para mí

POR ESO ACEPTO EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO (ENCIERRO EL BURRITO CON MI RESPUESTA):



ESTA ES MI MARCA PERSONAL (ESCRIBO MI NOMBRE O HAGO UNA FIRMA)



FECHA: DIA:    MES:    AÑO:   

El padre o acudiente firmó el consentimiento informado:

SI

☐

NO

☐