

FECHA: _____ NUMERO DE SESIÓN: _____
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC: ____ T.I:____ R.C:____.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
NOMBRE COMPLETO DEL ACUDIENTE: _____
NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL EN FORMACIÓN DEL ÁREA CLÍNICA: _____

Tengo conocimiento de la actividad que se realizará en beneficio del proceso terapéutico en curso, por lo cual autorizo al CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA para que la presente sesión sea:

- ___ Grabada en Video
- ___ Grabada en Cinta
- ___ Desarrollada con un supervisor
- ___ Desarrollada con un supervisor y el psicólogo en formación
- ___ Desarrollada en la Cámara de Gessell
- ___ Desarrollada en Seminario de caso
- ___ Otro. _____

TENIENDO EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE LA SESIÓN ES ESTRUCTAMENTE CONFIDENCIAL Y TIENE FINES DE EXCLUSIVIDAD ACADÉMICA.

_____ PACIENTE	_____ ACUDIENTE
_____ PROFESIONAL EN FORMACIÓN ÁREA CLÍNICA	_____ SUPERVISOR UNIVERSITARIO