

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D. _____
mayor de edad, con domicilio en
_____ C/ _____ CP _____
con DNI _____, **padre**/tutor/representante legal del/la citado/a menor.
Dña _____
mayor de edad, con domicilio en
_____ C/ _____ CP _____
con DNI _____, **madre**/tutora/representante legal del/la citado/a menor.

MANIFIESTO QUE:

Consienten la participación en el **tratamiento psicológico** de su hijo/hija
_____ de ____ años de edad, llevado a
cabo por _____, psicóloga colegiada nº _____

He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso a seguir, aplicándose los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidas en el Código Deontológico de los/as Psicólogos/as.

Aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.

Por lo que AUTORIZO a _____ a realizar la citada intervención profesional.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma madre:

Firma padre:

D^a.:

D.:

Firma psicóloga: