



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de padre/madre/tutor del menor _____

_____ declaro en forma libre y voluntaria [SI] ACEPTO o [NO] ACEPTO lo siguiente:

Que se me ha informado que

- 1.- La intervención psicopedagógica que se llevará a cabo forma parte del proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes en formación del área de Psicología Educativa, el cual será supervisado por el profesor responsable. Si [] No []
- 2.- El informe psicopedagógico que se obtenga del trabajo realizado en el programa **no sustituye ni equivale a un Dictamen Psicológico**, al no ser elaborado por un perito calificado oficialmente en la materia. Si [] No []
3. En caso de litigio, el expediente, debe ser entregado de acuerdo con la ley que se aplica, previa solicitud por escrito de la autoridad correspondiente. Si [] No []
4. Si el usuario enfrenta circunstancias como: amenaza de daño a sí mismo u otras personas, abuso y/o negligencia; el profesor responsable podrá recurrir a las instancias o autoridades correspondientes. Si [] No []
- 5.- Existen costos, horarios, procedimientos y actividades que se realizarán durante la atención psicoeducativa. Si [] No []
- 6.- La FES Zaragoza UNAM y sus profesionales son los responsables del uso confidencial y ético del material y/o información contenida en cada caso. Si [] No []

De igual forma doy mi aprobación para que:

7.- Las sesiones sean grabadas en audio y video y que sus transcripciones o partes seleccionadas, así como las notas y demás datos sean utilizados por la FES Zaragoza y el profesor responsable, con fines de enseñanza didáctica, investigación y publicación de carácter científico y profesional, manteniendo el anonimato e identidad de los participantes. Si [] No []

8.-La información recabada en las sesiones sea utilizada por la FES Zaragoza y el profesor responsable, con fines de enseñanza didáctica, investigación y publicación de carácter científico y profesional, manteniendo el anonimato e identidad de los participantes. Si [] No []

9.-Mi consentimiento es voluntario y puedo retirar mi participación en cualquier momento. Si [] No []

10.- Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Si [] No []

Copia de identificación oficial

Nombre y firma del padre/madre o tutor Nombre y firma del profesor responsable

Nombre y firma de Testigo:

Nombre y firma de Testigo:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término: