CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudiante: _____

Identificación: _____ Grado _____

Fecha de N. _____ Edad _____

Dirección_____ Celular: _____

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de madre, padre o acudiente de la estudiante anteriormente identificada, manifiesto que he recibido información clara y suficiente sobre las actividades desarrolladas por el área de Psicología y Orientación Escolar.

De manera libre, voluntaria e informada, autorizo la realización de intervenciones individuales y grupales, entrevistas, orientación, acompañamiento psicológico, seguimiento y aplicación de pruebas pertinentes, con el propósito de favorecer el bienestar emocional, la adaptación, la convivencia escolar y los procesos de formación y aprendizaje de mi representada.

Asimismo, me comprometo a atender las citaciones, suministrar información relevante y aportar los soportes necesarios para su acompañamiento. Autorizo las remisiones internas o externas y la articulación con docentes, directivos y profesionales de apoyo, compartiendo únicamente la información necesaria para la atención de la estudiante.

Estas actuaciones se desarrollarán conforme a la **Ley 1090 de 2006**, que regula el ejercicio profesional de la Psicología y sus principios éticos, y la **Ley 1098 de 2006**, sobre protección integral de niños, niñas y adolescentes, garantizando la confidencialidad de la información, salvo cuando exista una obligación legal de informar o activar rutas de protección.

En constancia, se firma en Ibagué, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Acudiente:

_____

Firma

Nombre_____

C.C. No. _____

Parentesco: Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐