



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESCUELA MILITAR DE CADETES**

Ciudad y fecha: _____ 2021

Aspirante: _____

Documento de Identidad: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Para el procedimiento de: **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Yo _____ Identificado (a) con documento de
identidad número _____

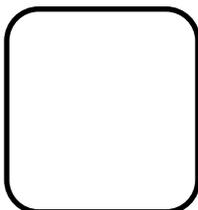
CERTIFICO

Que en virtud de lo establecido en la normativa vigente relacionada con la prestación de los servicios de salud mental, con la profesión de Psicología y demás relacionadas, he sido debidamente informado sobre actividades, procesos y procedimientos propios del ejercicio de la Psicología, que en este procedimiento en particular serán utilizados o pueden llegar a ser utilizados de ser necesarios, y también sobre los/las profesionales de la salud, que intervendrán o pueden llegar a intervenir, sobre los límites, responsabilidad, deberes y derechos y así mismo, sobre los deberes, derechos, responsabilidades y límites de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

He sido debidamente informado y soy consciente de que se tratará, profundizará y compartirá información personal y sensible, la cual es la base de todo proceso psicológico y por lo tanto autorizo a los/las profesionales de la Salud Mental que intervendrán en este proceso en particular para tratarla y gestionarla, consciente de los principios de Bioética y Deontología.

Firma del Aspirante: _____

Identificado (a) con: _____



Índice derecho Aspirante