



**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 _____ Actuando en representación del Aspirante
_____ en calidad de acudiente.

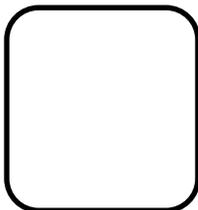
CERTIFICO

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

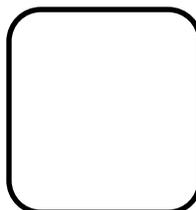
T.I:



Índice derecho Aspirante

Firma del Acudiente

C.C



Índice derecho Acudiente