

Consentimiento Informado  
Centro Acuna



Fecha: .....

Yo ..... (Nombre y Apellido del padre/madre/tutor del niño) autorizo a ..... (Nombre del profesional), la grabación de audio y/o imágenes, y recolección de datos de mi hijo/a ..... (Nombre del niño/a); para ser utilizado en su evaluación y tratamiento psicológico.

Éstas imágenes sólo serán utilizadas para el análisis de material clínico, supervisión y formación clínica, y no podrá ser compartido con terceros, resguardándose absoluta confidencialidad de los nombres y otros datos de identificación del niño, en concordancia con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile.

.....

Firma del padre/madre/tutor