

DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA ESTUDIANTIL

Consentimiento Informado para la Atención Psicosocial	
Datos informativos generales	
Nombre del/la estudiante:	
Curso y paralelo:	
Teléfono de representante:	Fecha:
Consentimiento Informado	
Yo, _____ en calidad de representante del/@ estudiante _____ <u>Considerando que el proceso de atención psicosocial en los centros Educativo consiste en implementar acciones para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación, dirigidas a estudiantes que se encuentren atravesando por situaciones como: inestabilidad emocional, conflictos (individual, escolar, familiar, social, adaptativo), desastre natural, vulneración de derechos, o de riesgo psicosocial que pueda afectar su desarrollo integral,</u> En este contexto, el Departamento de Consejería es clave en la dinámica institucional de manera que, oportunamente, pueda identificar, con el apoyo de los demás profesionales de la educación, situaciones que no contribuyan al desarrollo integral de la población estudiantil y se constituyan en riesgos psicosociales que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución de educación; en tal virtud AUTORIZO (☐) NO AUTORIZO (☐), que mi representado/a cuente con este servicio, en razón de que es parte del Proceso integral de Atención y acompañamiento Psicosocial como uno de los ejes fundamentales de los DECES institucionales, a su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la institución educativa que brinde dicho servicio.	

Firmas	
_____ Profesional del Departamento de Consejería Estudiantil que brindará la atención	_____ Padre/Madre/representante legal
Nombre:	Nombre:
La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil.	