



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR ADVENTISTA GEDEÓN
Año Lectivo 2025-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

DATOS INFORMATIVOS GENERALES

Nombre del/la estudiante:

Curso y paralelo:

Jornada:

Teléfono de representante:

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....
..... en calidad de representante de el/la estudiante

..... una vez que he conocido en que consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la Institución de educación. AUTORIZO () NO AUTORIZO (), que mi representado/a cuente con este servicio, en razón de Prevención, abordaje, intervención y seguimiento por parte del DECE.

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

DECE

Padre/Madre/Representante legal

Nombre.

Nombre:

Cargo:

CI:

Parentesco:

UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR ADVENTISTA GEDEÓN
Año Lectivo 2025-2026

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil