

UNIDAD EDUCATIVA "ANDES COLLEGE"
(2026-2027)

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 qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución educativa, AUTORIZO () NO AUTORIZO (), que mi representado/a cuente con este servicio, en razón de que _____ _____ _____ _____. 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.	