CICLO ESCOLAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS PERSONALES**

**Nombre del alumno**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad cronológica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trabaja: si\_\_\_\_ No \_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Embarazo: Si\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ N° de Hijos (as): \_\_\_\_\_\_ Historial Clinico: Si\_\_\_\_\_No\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS FAMILIARES**

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolarización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolarización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Persona alterna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el alumno (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **MOTIVO DE ATENCIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

1. **SUGERENCIAS:**

|  |
| --- |
|  |

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cedral, S.L.P. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Por medio de la presente quien suscribe C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrita (o) en el Centro Regional de Educación Normal Profra. “Amina Madera Lauterio” con la Licenciatura de Educación Primaria, en el \_\_\_\_ semestre, grupo \_\_\_\_; **MANIFIESTO QUE:** He recibido de la responsable de la oficina de Psicopedagogia toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre el propósito del servicio que me brindarán y autorizó la orientación la atención Psicológica que me ofrece la institución, por medio de la oficina de Psicopedagogía, el cual consistirá en entrevistas libres dirigidas con el alumno (a) de manera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aplicando diversas estrategias y métodos para brindarle orientación psicopedagógica y dar un seguimiento y/o canalización (en caso de ser necesario), iniciando el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dándole seguimiento de acuerdo a una calendarización institucional y podra ser **REVOCADO** libremente en cualquier momento cuando ya no desee seguir con la atención Psicológica o hasta que este dado (a) de alta por la o el especialista; así mismo reconozco expresamente solicitar la atención de manera voluntaria y la necesidad de informar al padre o madre respecto a la orientación para lo cual es solicitante se compromete y responsabiliza a comunicárselo, examinando a la oficina de Psicopedagogia y a la institución de realizar tal comunicado, por expresado motivo. Una vez valorada la necesidad de recibir la orientación psicológica **ACUERDO Y COMPROMETO** con los responsables y Auxiliares de la oficina de Psicopedagogia que suscriben este documento a respetar y cumplir cada una de las responsabilidades:

**Por parte del Usuario:**

* Entregar la documentación o datos que se requiera
* Acudir con puntualidad a las citas en que sea requerida de manera presencial o virtual.
* Ser consiente que después de 3 faltas consecutivas se dará de baja sin oportunidad de recibir nuevamente el servicio.
* Responsabilizarse de las acciones y tomas de decisiones personales, siendo que para la Institución le es externo y no se responsabiliza de ello.
* En caso de ser canalizado cumplir con los requerimientos que se le soliciten y mostrar la evidencia de la atención a la oficina de Psicopedagogía. (CREN-ADO-PO-005-05)

**Por parte del prestador del servicio:**

* Se atenderá al paciente oportunamente y con el respeto que se merece de acuerdo a las fechas y horas que se le asignen.
* Se informará oportunamente del proceso y seguimiento.
* Canalizar el caso oportuna y adecuadamente, según sea requerido.

Tomando en ello consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO Y COMPROMETO, con todo el personal de la oficina de Psicopedagogia para realizar dicha orientación y atención psicopedagógica y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las orientaciones y para que los datos sean incorporados a sus expedientes o carpetas de la oficina adoptando medidas de seguridad

Realizado por

Oficina de Psicopedagogía

Alumno (a) quien solicita el servicio Personal que orienta la atención y seguimiento

Responsable de la oficina de Psicopedagogía