|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CICLO ESCOLAR:** |  | **SEMESTRE:** | XXX |
|  |
| 1. **INFORMACIÓN GENERAL**
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del alumno: |  | Teléfono: |  |
| Domicilio: |  | Semestre y grupo: | X | X |
| Correo electrónico: |  |
|  |  |  |  |  |
| Lugar de nacimiento: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Edad cronológica: |  | Sexo: | XXXXXXX |
| Estado civil: | XXXXXXXX | Trabaja: | XXX |
| Horario: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha estado embarazada? | XXX | Número de hijos: |  |
| Historial clínico en la normal: | XXX | Alergias: XXX |  |
| Motivo: |  |
| Periodo de atención: |  |
| ¿Alguna vez ha asistido a terapia? | XXX | Tipo: | XXXXXXX |
| Motivo: |  |
| Periodo de atención: |  |
| Medicamentos: |  |
| ¿Con quién vive? |  |
| ¿Desde cuándo? |  |
| Información de contacto: | nombre, teléfono, dirección, parentesco |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN FAMILIAR**
 |
|  |  |  |  |  |  |
| Nombre | Parentesco | Edad | Escolaridad | Ocupación | Teléfono |
|  | XXXXXXX |  |  |  |  |
|  | XXXXXXX |  |  |  |  |
|  | XXXXXXX |  |  |  |  |
|  | XXXXXXX |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **MOTIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA**
 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **RECOMENDACIONES**
 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: |
| NOMBRE |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Cedral, S.L.P., a XXX de XXXXXXX del XXXXX.

Por medio de la presente yo $\overline{ NOMBRE }$ del semestre X grupo Xinscrito (a) en el Centro Regional de Educación Normal "Profra. Amina Madera Lauterio" de la Licenciatura en Educación Primaria, **MANIFIESTO QUE:**

1. **He recibido información clara, completa y comprensible** acerca de los servicios de atención psicopedagógica que me serán proporcionados por la oficina de Psicopedagogía. Me ha sido explicado el propósito, los métodos, y las posibles intervenciones que se llevarán a cabo, y **he tenido la oportunidad de resolver todas mis dudas.**

2. **Autorizo el inicio del servicio de orientación y atención psicopedagógica**, el cual consistirá en sesiones individuales de entrevistas, aplicación de estrategias pedagógicas, y el uso de métodos adaptados a mis necesidades educativas. Estas sesiones serán realizadas de manera presencial y estarán orientadas a mi desarrollo académico, emocional y personal.

3. **Comprendo que las sesiones son confidenciales**, y que toda la información obtenida durante las mismas será tratada con el más alto grado de confidencialidad por los profesionales de la oficina de Psicopedagogía, respetando siempre mis derechos y privacidad. Únicamente en situaciones excepcionales, cuando sea estrictamente necesario por razones de salud o seguridad, se compartirá información con terceros, conforme a lo establecido por la ley.

4. Me comprometo a **participar activamente en las sesiones** y colaborar con los especialistas en el seguimiento del plan psicopedagógico. En caso de ser necesario, puedo ser canalizado(a) a otros servicios especializados para mayor atención.

5. **Estoy en pleno conocimiento de mi derecho a declinar el servicio en cualquier momento** y sin que ello represente algún tipo de perjuicio o consecuencia para mí. Podré revocar mi consentimiento de forma libre si considero que ya no necesito o deseo continuar con la atención.

6. Reconozco que he solicitado este servicio de forma **voluntaria** y que soy responsable de informar a mis padres, tutores u otros responsables legales sobre la atención psicopedagógica que estoy recibiendo, eximiendo a la institución de realizar este comunicado.

Al firmar este documento, **declaro estar de acuerdo** con la atención psicopedagógica ofrecida por la institución y **acepto las condiciones** aquí descritas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Realizado porOficina de Psicopedagogía |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Alumno (a) que solicita el servicio |  |  |  | Personal que orienta la atención y seguimiento |
|  |  | Responsable de laOficina de Psicopedagogía |  |  |