

**Dra. Vanessa I. Boglio Martínez**  
**Psicóloga Clínica**  
**Licencia #2629**

***Hoja de Consentimiento Informado***

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a la Dra. Vanessa I. Boglio Martínez a realizar la evaluación y/o tratamiento necesario para (relación y nombre del o la paciente)\_\_\_\_\_.

Consiento voluntariamente a administrarle la evaluación y/o tratamiento apropiado. Reconozco y entiendo que al ser voluntario puedo discontinuar los servicios de así requerirlo sin penalidad alguna.

Autorizo a los siguientes servicios:

- Evaluación Psicológica, Psicométrica, Personalidad y/o Psicoeducativa
- Psicoterapia

Toda información se mantendrá en estricta confidencialidad. Solamente se romperá confidencialidad de existir riesgo o peligro inminente hacia la persona evaluada o a una tercera persona.

Certifico que he leído y entiendo lo relacionado a esta Hoja de Consentimiento Informado. Se me han aclarado mis dudas o preguntas y estoy de acuerdo con la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, madre, encargado  
o paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dra. Vanessa I. Boglio Martínez