

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Yo, D./Dña. _____

con DNI/NIE número _____

en calidad de padre/madre/tutor legal del menor:

Nombre completo del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZO

Que el/la menor antes mencionado/a pueda recibir tratamiento psicológico por parte de los profesionales correspondientes en el centro o consulta indicada, aceptando las condiciones del tratamiento y el manejo confidencial de sus datos personales y clínicos, conforme a la legislación vigente de protección de datos y derechos del paciente.

CONDICIONES Y RESPONSABILIDADES

1. Conozco y acepto la naturaleza del tratamiento psicológico que se realizará.
2. Me comprometo a asistir a las citas programadas y a colaborar con el profesional.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
4. Se garantiza la confidencialidad de toda la información relacionada con el menor.
5. Autorizo al profesional a tomar decisiones en caso de emergencia durante las sesiones.

En _____

Lugar

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del padre/madre/tutor legal:

Firma del profesional que recibe la autorización:

Fuente original del documento:

<https://experto-autorizacion.com/autorizacion-padres-tratamiento-psicologico/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-autorizacion.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.