

## CERTIFICACIÓN SOBRE LA NO PRESENCIA DE UNO DE LOS PADRES

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente menor: \_\_\_\_\_

Certifico que \_\_\_\_\_ padre/ madre, no está disponible para firmar el consentimiento para autorizar los servicios psicológicos que intereso para mi hijo/a, o tutelar, debido a la(s) siguiente(s)

razón(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifico que el personal Profesional de Salud Mental de CISME, me brindó información y asesoramiento sobre la responsabilidad legal que tiene el padre/madre para dar el consentimiento y autorización escrita para mi hijo/a sea evaluado(a) o reciba tratamiento psicológico.

No empecé a esto, certifico que he realizado todas las gestiones posibles y he agotado todos los recursos para conseguir su firma, pero se me ha hecho imposible. Por lo tanto, por el bienestar del/la niño/a, solicito que se le brinden los servicios sólo con mi autorización.

Certifico que exonero a CISME, INC, y a el Personal de Salud Mental y que asumiré toda la responsabilidad legal si lo que aquí estoy expresando como verdadero resulta ser falso o en cualquier acción legal que por este motivo resulte de la parte ausente.

## AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO A MENORES

Yo, \_\_\_\_\_ encargado/tutor, por la presente autorizo a CISME, INC, a proveer servicios psicoterapéuticos, inter y multidisciplinarios a: \_\_\_\_\_, con número de expediente clínico: \_\_\_\_\_, y consiento que la evaluación o tratamiento sea de índole confidencial entre el terapeuta y el/la menor. De igual forma entiendo que de identificarse algún riesgo, maltrato o daño físico o emocional, el Terapeuta o Evaluador tendrá que tomar las acciones necesarias y establecidas en LEY para salvaguardar la integridad del menor aunque esto represente notificación a las autoridades competentes.

\_\_\_\_\_

**Firma del padre, madre o encargado**

\_\_\_\_\_

**Nombre del padre, madre o encargado**