Ayuntamiento de Murcia
Concejalía de Talento Joven y Espacios Públicos
Glorieta de España, 1
30004 Murcia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asesoría Psicosocial

Lee atentamente este documento antes de firmarlo. Su finalidad es informarte sobre tus derechos y compromisos en relación con la Atención Psicológica prestada en la Asesoría Psicosocial.

1. Datos de la persona usuaria

Nombre y apellidos	
Domicilio	
Fecha de nacimiento	
Teléfono de contacto	

2. Información sobre el servicio

La Atención Psicológica en La Asesoría Psicosocial **es un proceso de acompañamiento y orientación** destinado a apoyar al joven en situaciones puntuales relacionadas con su bienestar emocional, social o personal.

Este servicio ofrece: escucha y apoyo así como herramientas para afrontar dificultades del día a día.

3. Condiciones de la atención psicológica

Yo, D./Dña. _____, tras solicitar cita la Asesoría Psicosocial del Ayuntamiento de Murcia, declaro que:

CONDICIONES
Acepto voluntariamente recibir asesoramiento psicológico para promover mi bienestar, prevenir dificultades emocionales y favorecer mi desarrollo personal y social.
He sido informado/a de que este servicio **no es un tratamiento psicológico clínico**, por lo que no incluye evaluaciones, diagnósticos ni informes clínicos.
El número de sesiones serán **máximo cinco**, salvo que el/la profesional considere necesario ampliar este número.
Entiendo que la información compartida se mantendrá bajo **confidencialidad**, salvo que exista un riesgo grave para mí o para terceras personas según recoge el código deontológico de psicología.

Ayuntamiento de Murcia
Concejalía de Talento Joven y Espacios Públicos
Glorieta de España, 1
30004 Murcia

CONDICIONES
Acepto que, si el/la profesional lo considera necesario, se me proponga derivación al recurso más adecuado.
Consiento la **coordinación** con otros profesionales sanitarios, sociales, educativos u otros agentes externos, cuando sea necesario y según los protocolos establecidos.
En caso de no poder asistir a la cita concertada, **rogamos lo notifique previamente**. Existe una alta demanda de este servicio, por lo que debemos velar por su mejor aprovechamiento.

4. Autorización

Autorizo todas estas condiciones para recibir asesoramiento psicológico en la Asesoría Psicosocial.	
☐ Sí autorizo	☐ No autorizo

5. Firma de la persona usuaria mayor de 16 años

Lugar y fecha	Firma
Murcia, a _____de _____de 20	

6.Firma de la persona usuaria menor de 16 años

Progenitor 1	Progenitor 2
Nombre: DNI: Firma:	Nombre: DNI: Firma:

El presente documento contiene datos de carácter personal, por lo que deberán ser tratados conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de datos de la Unión Europea 2016/679 y en la Le Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.