



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION REMOTA

Mediante el presente, declaro **conocer, entender y aceptar** las condiciones de la atención remota por el tiempo necesario.

Se me ha informado que seré evaluado/a, diagnosticado/a y tratado/a a través de equipos electrónicos (teléfono, computador, videos, etc) a distancia.

Acepto:

- cooperar participativamente en mi proceso terapéutico, con puntualidad y responsabilidad
- asistir al establecimiento solo en caso necesario
- cumplir las indicaciones del equipo
- estar al tanto de mis derechos y de mis deberes

Acepto		No acepto	
--------	--	-----------	--

Usuario (nombre y firma):

RUT: _____

Fecha: _____

Representante / familiar o tutor responsable (nombre y firma):

RUT: _____

Fecha: _____

Profesional que entrevista: _____

Observaciones:

