

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
Consentimiento Informado para recibir atención en línea (menores de edad)

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_ he sido informado(a) en qué consisten los servicios de atención clínica a distancia y/o presencial del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y doy mi consentimiento para que mi hijo (a) o tutelado (a) los reciba y autorizo al personal de la institución a realizarle los estudios y evaluaciones convenientes para su atención. Declaro que cuento con capacidad de firmar el presente consentimiento.

Así mismo, acepto sujetarnos a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y nos comprometemos a participar activamente en los estudios que le realicen y en el tratamiento, me comprometo a asistir a las sesiones que mi tutelado (a) tenga en caso de que el equipo de salud me requiera. En el caso de que la clínica no cuente con los servicios idóneos para la atención de mi hijo (a) o tutelado (a), seremos referidos a la institución más conveniente. En caso de no seguir las indicaciones médicas, dejar de asistir en línea o presencial a las consultas, sin la sugerencia del personal de salud de la institución, eximo al personal y la institución de toda responsabilidad. Así mismo autorizo al personal de la clínica a contactarnos con fines clínicos, estadísticos o de investigación.

Tengo conocimiento de posibles riesgos o efectos secundarios que puede implicar el tratamiento y libero de toda responsabilidad al personal de la institución por cualquier efecto desfavorable e inesperado. Entiendo que el personal de salud está conformado por médicos(as) especialistas, psicólogos(as) clínicos(as), trabajadoras sociales psiquiátricas, médicos(as) pasantes y personal en formación que trabaja bajo supervisión.

Se me ha comunicado que la información y los datos personales que he proporcionado serán tratados con la mayor confidencialidad y que algunos datos podrán ser utilizados con fines de investigación científica o histórica y estadística.

ACEPTO \_\_\_\_\_

Nombre y Firma