

Gabinete de Política Social
Programa Oportunidad 14-24
División del Componente Psicológico

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Evaluación Psicológica a los Beneficiarios del Programa de 18 a 24 años de Edad

YO, _____,
provisto del Documento de Identidad No. _____, voluntaria y
conscientemente, doy mi consentimiento para participar en el proceso de evaluación, llevado a
cabo como parte del Programa Oportunidad 14/24 del Gabinete de Política Social (GPS). El cual
incluye un proceso de evaluación a través de test psicológicos que será conducido por el/la
psicólogo/a: _____, del centro de apoyo: _____.

Por este medio, expreso que recibí una explicación completa y fueron aclaradas mis dudas sobre
los propósitos de la entrevista y prueba(s) seleccionadas, así como también toda la información de
los procedimientos que se van a aplicar y la utilización de los resultados obtenidos.

Hago constar que todos los datos y cada una de las informaciones suministradas por mí son ciertas
y me comprometo a cumplir con los procedimientos establecidos por la institución para estos fines.
También entiendo, que puedo dar por terminada mi participación en el proceso cuando lo
considere, sin recibir ninguna consecuencia por ello.

Estoy consciente de que las informaciones aquí suministradas, así como los resultados obtenidos
se manejarán con estricta confidencialidad y sólo serán divulgadas con mi consentimiento, a
solicitud de mi representante legal o por los tribunales mediante una orden judicial, cumpliendo
con el protocolo de rigor establecido por esta institución.

De la misma manera, comprendo que, los datos recogidos en este proceso, no se utilizarán para
ningún otro propósito fuera de los típicos de enseñanza e investigación, incluyendo publicaciones
académicas, quedando protegidos los datos personales por las políticas institucionales de
confidencialidad vigentes.

Firma _____

Dado en _____, a los _____ de _____ del _____



Gabinete de Política Social

Programa Oportunidad 14-24
División del Componente Psicológico

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación Psicológica a los Beneficiarios del Programa de 14 a 17 años de Edad

YO, _____,
provisto del Documento de Identidad No. _____, en mi calidad de
padre, madre o representante legal, voluntaria y conscientemente, doy mi consentimiento para que
mi representado(a) _____, participe en el proceso de evaluación,
llevado a cabo como parte del Programa Oportunidad 14/24 del Gabinete de Política Social (GPS).
El cual incluye un proceso de evaluación a través de test psicológicos que será conducido por el/la
psicólogo/a: _____, del centro de apoyo: _____.

Por este medio, expreso que recibí una explicación completa y fueron aclaradas mis dudas sobre
los propósitos de la entrevista y prueba(s) seleccionadas, así como también toda la información de
los procedimientos que se van a aplicar y la utilización de los resultados obtenidos.

Hago constar que todos los datos y cada una de las informaciones suministradas por mí son ciertas
y me comprometo a cumplir con los procedimientos establecidos por la institución para estos fines.
También entiendo, que mi representado(a), puede dar por terminada su participación en el proceso
cuando lo considere, sin recibir ninguna consecuencia por ello.

Estoy consciente de que las informaciones aquí suministradas, así como los resultados obtenidos
se manejarán con estricta confidencialidad y sólo serán divulgadas con mi consentimiento, a
solicitud de mi representante legal o por los tribunales mediante una orden judicial, cumpliendo
con el protocolo de rigor establecido por esta institución.

De la misma manera, comprendo que, los datos recogidos en este proceso, no se utilizarán para
ningún otro propósito fuera de los típicos de enseñanza e investigación, incluyendo publicaciones
académicas, quedando protegidos los datos personales por las políticas institucionales de
confidencialidad vigentes.

Firma del padre, madre o representante legal.

Dado en _____, a los _____ de _____ del _____.

