

# MODELO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

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

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

## Datos de los padres / tutores legales :

Nombre y Apellidos : \_\_\_\_\_

Documento Nacional de Identidad (DNI) : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

## Datos del centro o profesional que realiza el tratamiento :

Nombre / Razón Social : \_\_\_\_\_

DNI / CIF : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Por la presente, yo, \_\_\_\_\_, con DNI número \_\_\_\_\_, en calidad de padre/madre/tutor legal del menor anteriormente identificado, otorgo mi consentimiento expreso y voluntario para que reciba tratamiento psicológico por parte del centro/profesional mencionado.

## FINALIDAD DEL TRATAMIENTO

El tratamiento psicológico tiene por finalidad la mejora del bienestar emocional, psicológico y social del menor, y se realizará conforme a los protocolos y principios éticos vigentes en la profesión.

## DERECHOS DE LOS INTERESADOS

Se informa a los padres/tutores legales que, en relación con los datos personales del menor y del tratamiento, podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

## CONFIDENCIALIDAD

El centro/profesional garantiza la confidencialidad de toda la información relativa al menor, salvo en los casos previstos por la ley o cuando exista riesgo grave para el menor o terceros.

## RESPONSABILIDAD

El centro/profesional realizará el tratamiento con la máxima diligencia y profesionalidad, eximiendo al mismo de cualquier responsabilidad derivada de incumplimiento de la presente autorización por causas ajenas a su control.

## DURACIÓN

La presente autorización tendrá vigencia durante todo el período que se mantenga el tratamiento psicológico, pudiendo ser revocada en cualquier momento mediante comunicación escrita.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber sido informado adecuadamente sobre los objetivos, métodos y posibles riesgos del tratamiento psicológico, y haber resuelto todas mis dudas.

**DECLARACIÓN**

Declaro que la información facilitada es veraz y que poseo la capacidad legal suficiente para otorgar esta autorización.

**FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR**

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fuente original de este documento:

<https://lex-familiar.com/modelo-autorizacion-padres-tratamiento-psicologico/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-familiar.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.