

**DOCUMENTO INFORMATIVO
DE LAS INTERVENCIONES DE MENORES
o PERSONAS INCAPACITADAS**

D/Dña. _____, mayor de edad
con domicilio en: _____
y, provisto del D.N.I. N°: _____.

Según el artículo 25 del Código Deontológico del Ilustre Colegio de Psicólogos
que textualmente indica:

“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”

Se pone en su conocimiento que su hijo/a va a recibir tratamiento Psicológico
en el despacho de el/la psicólogo/a colegiado/a N° P- _____

**Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de
acuerdo:**

Fecha: _____

Firma: