

**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: