



Formato de Consentimiento Informado

Por este medio, Yo _____ alumno/a de la unidad académica _____ con el número de boleta _____ doy fe que el C. _____ adscrito a la DAES y que en sus funciones como orientador me ha informado las características, condiciones, responsabilidades y riesgos (y derechos) que tiene este servicio:

El acompañamiento terapéutico tiene como función ser una guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada alumna o alumno, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad. (NOM-025-SSA2-2014).

Primero sobre las características del servicio

El servicio que se ofrece es de carácter psicoeducativo, debido a las funciones y naturaleza jurídica del Instituto Politécnico Nacional, él o la profesional adscrito a la Dirección de Apoyos a Estudiantes, detallará, explicará e informará acerca de problemáticas que afecten la **salud mental, la salud sexual y reproductiva, adicciones y desarrollo académico y profesional**, con la intención de prevenir alguna dificultad en la trayectoria académica. Haciendo uso de información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de una o varias problemáticas que afectan de manera perjudicial su entorno educativo.

El o la profesional del área (Acompañante Terapéutico) establecerá contacto a través de medios electrónicos oficiales: correo electrónico, llamada o video-llamada por medio de alguna plataforma como: (Teams o Zoom), durante horarios laborales de 7:00 am. a 20:00hrs de lunes a viernes considerando los días laborables del calendario del IPN, siendo mi **responsabilidad** leer los términos y condiciones del uso de la plataforma y medios seleccionado para la atención,

El proceso durará 8 sesiones con una duración de 50 minutos, aunque dependiendo las particularidades del caso se podrán extender previa autorización del responsable del área de Orientación Juvenil o una vez concluidas las sesiones indicadas, se procederá a buscar la canalización a Dependencias Politécnicas, Instituciones Gubernamentales y de la Sociedad Civil que otorguen tratamientos generales o especializados, según amerite la situación.

Segundo: En relación con la información.

El manejo de los datos e información personal que se obtenga estarán protegidos bajo la normatividad aplicable siendo estrictamente confidenciales, no serán del conocimiento de autoridades académicas ni serán tomados en cuenta para decisiones que pudieran afectar o beneficiar su estancia, permanencia y trayectoria académica.

La información que comparta durante las sesiones de terapia es confidencial y será utilizada exclusivamente con fines terapéuticos. No obstante, existen algunas excepciones a esta confidencialidad, que se te informan de manera clara:



- Si existe un riesgo significativo para tu seguridad o la de otras personas (por ejemplo, amenazas de suicidio o violencia).
- Si la ley exige la divulgación de información en ciertos casos específicos.
- En situaciones en las que la información sea solicitada por un tribunal.

Para la recolección de los datos se utilizarán diversos formatos que generarán anotaciones del Proceso de Acompañamiento Terapéutico que estarán bajo resguardo de la DAES-IPN o en su caso del área de Orientación Juvenil de cada unidad académica.

Que he sido informado respecto al acceso, rectificación, cancelación u oposición de mis datos y que la información que aportó para mi problemática es veraz y voluntaria.

Que autorizo a que mis datos de contacto serán enviados a algún profesional del área, previendo la agenda, disponibilidad, compatibilidad de horarios para su atención y la alta demanda del servicio quizás haya que dar un periodo de espera para que él o la colaboradora de continuidad a su atención.

Tercero: Condiciones de atención a distancia.

Considerando la necesidad del servicio se brinda el servicio de acompañamiento Terapéutico en modalidad virtual.

Cuarto: El o la profesional del área se comunicará exclusivamente para coordinar el comienzo, seguimiento o cancelación de las fechas y horarios de intervención.

Quinto: Él o la profesional del área como parte de su profesionalización para mejorar la atención que merece el alumnado, participa en programas de capacitación por lo que, nuevamente, apelo a su comprensión por los contratiempos que se puedan presentar durante este proceso en caso de tener llamado a cumplir con dichas tareas.

Sexta: En todo momento, el alumnado y el personal que opera los servicios de orientación juvenil (Acompañamiento Terapéutico) se dirigirán mutuamente con respeto en el proceso de comunicación oficial acordado y sin realizar almacenamientos de grabaciones, videgrabaciones o imágenes que contengan información personal y confidencial.

Es importante que sepa que su participación en el proceso terapéutico es completamente voluntaria.

Por medio de la presente declaro libremente estar de acuerdo en recibir los servicios de acompañamiento terapéutico, entendiendo y aceptando los términos explicados anteriormente por el acompañante terapéutico presente quien se ha identificado ante mí documentos oficiales del IPN y cuyos datos (nombre completo) aparecen en este formato.



Nombre y Firma del Acompañante Terapéutico

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y Firma del Padre/Tutor

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y Firma del alumno/alumna

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____