**Documento de presentación de evaluador para evaluación psicológica:**

**Participante adulto**

Soy NOMBRE YAPELLIDOS, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima identificado con código COLOCAR CÓDIGO. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación / como parte del curso NOMBRE COMPLETO DEL CURSO) / para INDICAR SI ES GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL, bajo la supervisión del profesor / asesor NOMBRE Y APELLIDOS. La investigación tiene como finalidad DESCRIBIR BREVEMENTE LA FINALIDAD USANDO UN LENGUAJE COLOQUIAL.

Considerando sus características sociodemográficas, usted ha sido seleccionado como posible participante en este proceso de investigación. Si usted accede a participar se le solicitará DETALLAR PROCEDIMIENTO (NÚMERO DE SESIONES, DURACIÓN, APLICACIÓN DE PRUEBAS, ENTREVISTAS, ETC, RIESGOS POSIBLES). Además, se compromete a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si usted tiene dudas podrá hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siente alguna incomodidad durante su participación, puede informarlo al investigador para recibir orientación o retirarse, sin que ello lo perjudique de ninguna forma.

La información recolectada durante esta investigación será INDICAR SI ES ANÓNIMA O CONFIDENCIAL Y EXPLICAR EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y se usará solo con fines académicos (INDICAR EXCEPCIONES SI ESE FUERA EL CASO).

Para cualquier información adicional o incomodidad relacionada con su participación en la investigación, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico xxxxxxxx@aloe.ulima.edu.pe.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento, acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Lima, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20XX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante Firma del investigador responsable

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DE LA PERSONA EVALUADA Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.

**Consentimiento informado para evaluación psicológica:**

**Participante adulto**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por el estudiante NOMBRE Y APELLIDOS con código COLOCAR CÓDIGO de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima. La evaluación se realizará como parte del curso NOMBRE COMPLETO DEL CURSO y tiene como finalidad DESCRIBIR BREVEMENTE LA FINALIDAD. El alumno(a) se encuentra bajo la supervisión del profesor NOMBRE Y APELLIDOS.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

* Se considerarán, de acuerdo a las necesidades del caso, NUMERO sesiones de evaluación.
* El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a).
* El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo.
* Los resultados de la evaluación serán discutidos en las clases correspondientes con fines de aprendizaje, manteniendo siempre el anonimato del evaluado(a).
* Al dar su consentimiento, el participante se compromete a culminar el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, podrá solicitar no continuar con el proceso, previa comunicación con el alumno(a), para que éste no se perjudique.
* El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá realizar una devolución oral de resultados, una vez terminado el proceso de evaluación, siempre y cuando cuenta con la autorización y asesoría del profesor del curso.
* Para cualquier información adicional y/o dificultad, el (la) evaluado(a) puede contactarse con el profesor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al correo electrónico xxxxxxxx@ulima.edu.pe.

Lima, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20XX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del evaluado(a) Firma del estudiante responsable

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DE LA PERSONA EVALUADA Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.

**Consentimiento informado para evaluación psicológica:**

**Padres de los participantes**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, padre, madre o apoderado del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por el estudiante NOMBRE Y APELLIDOS con código COLOCAR CÓDIGO de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima. La evaluación se realizará como parte del curso NOMBRE COMPLETO DEL CURSO y tiene como finalidad DESCRIBIR BREVEMENTE LA FINALIDAD. El alumno(a) se encuentra bajo la supervisión del profesor NOMBRE Y APELLIDOS.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

* La evaluación implicará NUMERO sesiones de entrevista con el padre y/o madre para consignar los datos de la historia.
* Se considerarán, de acuerdo a las necesidades del caso, NUMERO sesiones de evaluación con el menor.
* El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a).
* El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo.
* Los resultados de la evaluación serán discutidos en las clases correspondientes con fines de aprendizaje, manteniendo siempre el anonimato del evaluado(a).
* El padre, madre o apoderado, al autorizar la participación del menor, se compromete a que el evaluado culmine el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, el padre, madre o apoderado del evaluado(a) podrán solicitar que el menor no continúe con el proceso, previa comunicación con el alumno(a), para que éste no se perjudique.
* El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá a dar información oral al padre y/o madre del evaluado(a), una vez terminado el proceso de evaluación, siempre y cuando cuenta con la autorización y asesoría del profesor del curso.
* Para cualquier información adicional y/o dificultad, el padre, madre o apoderado puede contactarse con el profesor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al correo electrónico xxxxxxxx@ulima.edu.pe.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20XX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o apoderado Firma del estudiante responsable de la evaluación

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DEL PADRE, MADRE O APODERADO Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.

**Consentimiento informado para investigación:**

**Directivo de institución**

El propósito de esta **ficha de consentimiento** es proveer al directivo(a) de la institución educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, una clara explicación de la naturaleza de esta investigación, así como de su rol en ella como autoridad de la institución.

La presente investigación es conducida por la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Universidad de Lima. La meta de este estudio es estandarizar el *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si usted accede a autorizar la realización de este estudio, se le pedirá poderse aplicar tests en su institución. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo en cada uno de los salones.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas dadas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la toma de pruebas y comunicarse al correo rchoy@ulima.edu.pe

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo la realización de la investigación en la institución educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del distrito de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conducida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es estandarizar el *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*.

Me han indicado también que se realizará la aplicación de los tests será de \_\_\_\_ minutos por salón.

Se reconoce que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas dadas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme al correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre y Firma de Directivo(a) de institución educativa |  | Fecha |  |

NOTA: DEBEN HACERSE DOS COPIAS DE ESTE DOCUMENTO. UNA QUEDARÁ EN PODER DEL PADRE, MADRE O APODERADO Y OTRA EN PODER DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN.