ESTUDIANTE

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; el (la) que suscribe C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de control\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

MANIFIESTO QUE:

1. He sido debidamente informado/a por personal del área de Psicología adscrito a la Secretaría de Salud que de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria es necesario se me efectué el procedimiento de tamizaje de bienestar escolar y ficha médica del estudiante, el cual consiste en la aplicación de instrumentos digitales para detectar mi bienestar psicoemocional y físico.
2. Que he recibido explicaciones sobre la naturaleza y propósito de dicho procedimiento, sus beneficios y medios con los que cuenta la institución educativa a la cual estoy inscrito/a para su revisión, canalización, atención y seguimiento; habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido para la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde.
3. Que, una vez valorada la necesidad de intervención profesional precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Psicólogo/a adscrito al Instituto Tecnológico de Culiacán, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información.
4. Que en cualquier momento yo titular de los datos personales podré ejercer mi derecho de limitación de intervención y tratamiento, dirigiéndome por escrito al profesional de la psicología del Instituto Tecnológico de Culiacán para tal efecto.

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

Nota: El estudiante deberá anexar copia legible de identificación oficial vigente.