Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del adolescente o joven consultante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he sido informado por el profesional del Programa Generaciones Sacúdete, que el servicio de consejería no tiene fines terapéuticos, sino de acompañamiento, enfocado a los temas en torno a la promoción de derechos, prevención de vulneraciones y espacios de escucha.

Una vez informados sobre: el acompañamiento que se llevarán a cabo, de la importancia de éstos y las consecuencias que se derivarían de su práctica, otorgo SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ en forma libre el consentimiento al profesional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y para la realización de ACOMPAÑAMIENTO EN EL SERVICIO DE CONSEJERÍA en el marco del Programa Generaciones Sacúdete.

Se deja constancia que se ha explicado con suficiencia los alcances y limitaciones del acompañamiento a realizar por parte del profesional y que esto queda plasmado en este documento, el cual ha sido leído y entendido en su integridad, otorgando consentimiento de manera libre y voluntaria.

Firma del adolescente o joven consultante:

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

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o cuidador (solo para adolescentes): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del profesional que brinda la consejería:

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

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_