



FORMULARIO DE SOLICITUD

El Servicio de Atención Psicológica (SAP) fundamentará su labor en una primera orientación psicológica profesionalizada, realizada por parte de psicólogos habilitados y con conocimientos y experiencia en este tipo de atención. Todo ello se realizará garantizando la confidencialidad profesional y una cuidadosa atención a los usuarios, siguiendo los principios psicoéticos y deontológicos de la profesión.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos	
DNI	
Dirección electrónica de contacto*	
Tipo de vinculación con la Universidad	Estudiante PDI PAS
Otros datos personales de interés:	
*Cuenta de correo oficial de la universidad	
Descripción del motivo de la consulta	

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS	
Indique si ha sido diagnosticado con alguna enfermedad física . Por favor, especifique cuál y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.	
Indique si ha sido diagnosticado de algún problema psicológico . Por favor, especifique cuál, quién lo diagnosticó y tiempo transcurrido.	
Indique si ha recibido anteriormente tratamiento psiquiátrico o psicológico y el problema objeto de intervención.	
¿Toma algún tipo de medicación ? Por favor, en caso afirmativo, indique cuál.	
Por favor, indique el teléfono de su contacto habitual en caso de emergencia (indicando su nombre y parentesco) **	
Otra información que considere relevante aportar:	
** Esta información es habitual en todo proceso de atención psicológica. Su uso está limitado a situaciones de extrema necesidad y cuando se estime como única vía de solución de la emergencia. Siempre que sea posible, se procederá a pedir el consentimiento al usuario para hacer uso de ella.	



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para garantizar la calidad de nuestro Servicio, toda persona que solicite atención en este debe firmar el presente consentimiento informado.

D.,con DNI....., manifiesto que:

1. He leído y acepto el Reglamento del Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Isabel I.
2. Comprendo que el SAP va a prestar sus servicios bajo el cumplimiento del Código Deontológico del Psicólogo.
3. Toda la información que he aportado en esta solicitud, y que aportaré durante todo el proceso, es veraz.

....., de.....de.....

Firma:

RECUERDA: Este Servicio está concebido para dar asesoramiento psicológico no inmediato. Si consideras que necesitas atención psicológica urgente, por favor, acude al Servicio de Urgencias de tu Hospital más cercano o llama al 112.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA UNIVERSITARIO

El Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Internacional Isabel I de Castilla, S.A.U. tratará los datos personales con el fin de gestionar la prestación de servicios profesionales de atención psicológica y mantenimiento del historial clínico, en base a su consentimiento explícito. En caso de que lo autorice, los datos anonimizados de historia clínica se utilizarán para actividades docentes y de investigación de esta Universidad, en base a su consentimiento. Los datos no se comunicarán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal o sea estrictamente necesario para cumplir con el fin, y se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con esta finalidad y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar del tratamiento, o hasta que retire el consentimiento. Puede ejercitar sus derechos, a presentar una reclamación ante una autoridad de control, a retirar el consentimiento, de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos, de limitación y oposición al tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de los datos, cuando procedan, ante la Universidad Isabel I, c/ Fernán González, 76, C.P. 09003, Burgos; o en dpo@ui1.es. Más información en nuestra [política de privacidad](#).

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los siguientes términos:

- Autorizo el tratamiento de mis datos con fines de docencia e investigación previa anonimización de los mismos
- Acepto estos términos y la política de privacidad

Nombre con DNI.....

Firma: