****

 **FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CAP USACH 2022**

Estimada/o consultante, junto con un cordial saludo, te contamos que nuestro Centro de Atención Psicológica CAP USACH ofrece el servicio de atención psicológica a través de los estudiantes de la carrera de psicología de nuestra universidad.

En este proceso de contingencia hemos puesto a disposición de nuestros pacientes y nuevos consultantes la posibilidad de acceder a una atención en modalidad presencial y/o online con arancel diferenciado, por lo tanto, si te encuentras interesada/o debes completar todos datos en el presente formulario.

1. **Datos del consultante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Run o Visa |  |
| Nacionalidad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Teléfono  |  |
| Teléfono emergencia nombre y parentesco |  |
| Mail |  |
| Edad |  |
| Nivel de estudios |  |
| Ocupación |  |
| Dirección /comuna  |  |
| Región |  |
| Pueblos originarios/ ¿cuál? |  |
| Previsión  |  |
| ¿Cómo se enteró de CAP? |  |
| ¿Se ha atendido en CAP antes? |  |

**A continuación, debe completar los datos de adulto responsable para todo paciente menor de 18 años, en caso de ser mayor de edad y no requerir de un adulto responsable, debe avanzar al final formulario.**

1. **Datos del adulto responsable Madre (*Si el consultante es menor de edad*)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Run o Visa |  |
| Teléfono  |  |
| Mail |  |
| ¿Cómo se enteró de CAP? |  |
| Edad |  |
| Nivel de estudios |  |
| Ocupación |  |
| Dirección / comuna  |  |
| Región |  |

1. **Datos del adulto responsable Padre (*Si el consultante es menor de edad*)**
2. **Otro adulto responsable (*Si el consultante es menor de edad y si es el caso*)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Parentesco |  |
| Run o Visa |  |
| Teléfono  |  |
| Mail |  |
| Dirección / comuna |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos |  |
| Run o Visa |  |
| Teléfono  |  |
| Mail |  |
| ¿Cómo se enteró de CAP? |  |
| Edad |  |
| Nivel de estudios |  |
| Ocupación |  |
| Dirección / comuna  |  |
| Región |  |

**Para finalizar el proceso de inscripción y posterior atención en CAP USACH, es importante que pueda completar la información relacionada al ingreso del grupo familiar y la cantidad de integrantes.**

 **Recuerde que al momento de enviar este formulario debe ir adjunto también el registro social de hogares, ya que, en base a esta información, se aplica el arancel diferencial a nuestros pacientes a contar de marzo 2022.**

1. **Evaluación Socioeconómica:** Registra la suma de todos los ingresos monetarios del grupo familiar y la cantidad de integrantes (Esta información no puede quedar incompleta).

|  |  |
| --- | --- |
| **Cantidad de integrantes grupo familiar** | **Suma de ingresos grupo familiar** |
|  |  |

1. **Consentimiento informado:** Debe leer el documento que fue adjuntado según la edad del paciente consultante, una vez leída las condiciones de atención, debe declarar su aceptación indicando su nombre, Rut junto con “he leído y acepto las condiciones descritas en el consentimiento informado”.

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completada la información, debe enviar el formulario más su registro social de hogares actualizado adjunto al correo** [**capusach@usach.cl**](file:///C%3A%5CUsers%5CUsach%5CDesktop%5CCAP%5CPACIENTES%20LISTA%20DE%20ESPERA%5CDOC%20MAIL%20ADJUNTO%5Ccapusach%40usach.cl)**.**