



UNIVERSIDAD JUÁREZ DEL ESTADO DE DURANGO
PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES, MADRES O TUTORES DE MENORES DE EDAD

Fecha: _____

Nombre completo del estudiante: _____

Edad: _____

Unidad Académica: _____

La Universidad Juárez del Estado de Durango, a través del Programa Universitario de Atención a la Salud Mental y a la Diversidad Funcional, desarrolla acciones orientadas a la promoción del bienestar, la detección temprana de factores de riesgo y el fortalecimiento de la salud mental de la comunidad universitaria. Para lograr esta importante labor, se realiza un diagnóstico a toda la comunidad universitaria, alumnos, personal académico y administrativo. **La participación de nuestros estudiantes es fundamental, pues son la razón de existir de la Universidad y tiene fines preventivos, educativos y de apoyo institucional. La detección de sospecha de conductas de riesgo es un paso fundamental para el cuidado del bienestar. No se trata de una evaluación clínica ni de diagnóstico de enfermedades mentales, solamente deseamos saber si su hijo o hija manifiesta algunas conductas que se deban prevenir, así como alguna condición de diversidad funcional que se deba atender.** En casos de sospecha de algún malestar psicológico, se envía un correo electrónico automático, tanto al estudiante como al padre, madre o tutor donde se dan algunas indicaciones de autocuidado y se acompaña de un directorio de servicios de salud mental.

Manifiesto el consentimiento informado para que el menor de edad participe en la aplicación de la *Escala Universitaria de Salud Mental y Diversidad Funcional*, la cual ha sido clasificada como de bajo riesgo, dado que no representa afectaciones físicas, emocionales ni sociales para los participantes. La información recabada será utilizada de forma confidencial y con fines estrictamente académicos y educativos, en el marco de las actividades institucionales de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), de acuerdo a lo establecido en el artículo 6, apartado A fracción II y 16 párrafo II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 12, 20 y 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Durango, la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que regula la ejecución de proyectos de investigación en salud que se prevén para la implementación de un Programa Universitario de Atención a la Salud Mental y a la Diversidad Funcional. **Los datos obtenidos se destinarán exclusivamente al análisis educativo, garantizando la protección de la identidad y privacidad de los participantes, así como de sus datos personales, conforme a los principios éticos y normativos vigentes.**

Por tanto, declaro haber sido informado(a) de los propósitos del programa y otorgo el consentimiento para participar.

Yo, _____, en mi carácter de:

- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Tutor(a) legal

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____