



EVALUACIÓN EQUIPO TECNOLOGÍAS DE APOYO Consentimiento Informado

Mediante el presente consentimiento acepto que mi hijo/a participe en el proceso de evaluación de usabilidad tecnológica realizado por el equipo de Tecnologías de Apoyo del Centro de Desarrollo de Tecnologías de Inclusión de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Durante la sesión de evaluación, se recopilará información sobre antecedentes relevante al proceso y se me entregarán distintos cuestionarios de calidad de vida y conocimientos tecnológicos que serán entregados al servicio una vez sean completados.

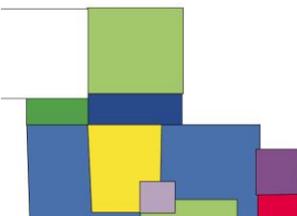
A continuación, se invitará a mi hijo/a a cooperar en actividades que buscan evaluar el manejo y modo en el que interacciona con dispositivos electrónicos como smartphones, tablets o computadoras, con el fin de encontrar el dispositivo que mejor se adecue a las necesidades de mi hijo/a y las adaptaciones tecnológicas que sean necesarias. También se le pedirá a mi hijo/a participar en algunas actividades y juegos que tienen como objetivo realizar un rastreo funcional de algunas habilidades cognitivas como la atención o la memoria de trabajo.

Tras esta evaluación se realizará un breve informe y se planificará una intervención a través de la plataforma digital que más convenga a mi hijo. Esta intervención durará un tiempo previamente determinado, será mediada por mi u otro familiar que se estime oportuno y será supervisada por un profesional del equipo de tecnologías. Una vez finalizada la intervención se invitará a mi hijo/a a participar en una nueva sesión de evaluación con el fin de valorar el impacto del proceso de intervención en alguna funciones cognitivas y en la funcionalidad y calidad de vida de mi hijo/a y su entorno. Finalmente, se entregará un informe completo de todo el proceso y pautas para continuar trabajando con el dispositivo.

Se realizarán un mínimo de cuatro sesiones, sin embargo la cantidad de sesiones puede ser modificada si así se requiere. Esto será previamente acordado conmigo y el equipo de evaluación.

Algunas cosas importantes de esta participación son las siguientes:

- Las actividades y los procedimientos empleados durante las sesiones de evaluación no serán perjudiciales para la salud de mi hijo/a.
- Entiendo que la evaluación se realizará por un profesional del equipo de Tecnologías de Apoyo de CEDETi UC.
- Si durante esta actividad siente que el proceso está siendo incómodo para mi hijo/a, podré cancelar la continuación del proceso. Deberé sin



TECNOLOGÍAS
de APOYO

embargo invocar una causal para ello y cancelar los honorarios del servicio de acuerdo a las sesiones hasta ese momento realizadas

- Comprendo que los resultados serán conocidos sólo por las personas del equipo que realizan esta evaluación, la identidad de mi hijo/a se mantendrá bajo los principios de confidencialidad que rigen la práctica ética de evaluación psicológica según el cuerpo colegiado de Chile.
- Sé que los resultados serán discutidos con el equipo de profesionales del Centro de Salud mental en caso que sea conveniente.

Pago:

- Las sesiones del proceso de evaluación deben ser canceladas en caja de modo previo al inicio de éstas. Para esto se ruega llegar 15 minutos antes. Todas las sesiones serán canceladas con bono "atención psicológica".

En caso de no poder asistir a alguna de las sesiones señaladas, se ruega cancelar la sesión con anticipación al teléfono (+56223547653) o al correo electrónico del servicio, senta@cedeti.cl

En caso de inasistencia injustificada, el proceso se pospondrá hasta nuevo aviso.

NOMBRE DEL NIÑO/A

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE; MADRE O APODERADO

FECHA
