



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA ASPIRANTES A LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN

La presente evaluación tiene por objetivo determinar si cumplo con la condición de idoneidad requerida para el desempeño de médico(a) residente del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud-CCINSHAE. Los datos que proporcione serán utilizados, de forma anónima, con fines de selección, investigación y estadística, sin exponer mis datos personales. De no ser adecuado (a) en dichas evaluaciones no significa que presente alguna psicopatología específica, sino que simplemente el perfil del puesto es distinto al requerido en el perfil solicitado.

La evaluación psicométrica será realizada por el Área de Psicología Clínica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM por un costo de \$1,600 (un mil seiscientos pesos 00/100) monto que se cancela al 100% a la Universidad, por lo que me comprometo a seguir en tiempo y forma, todas las indicaciones que la institución realice para tal fin, ya que no existe posibilidad de devolución.

Es de mi conocimiento que deberé tener video y micrófono encendidos en la plataforma Zoom®, y que mi examen será grabado con el fin de que yo no copie ni reciba ayuda. El programa que será utilizado es capaz de detectar si abro una ventana en Google o si abro la calculadora del escritorio para buscar respuestas, también puede revelar si hago capturas de pantalla o si ocurren movimientos corporales gruesos míos o de otra persona. He sido advertido (a) que si esto sucede seré descalificado(a) del proceso.

Entiendo que el proceso de evaluación psicológica realizado en la UNAM el cual se me aplicará no es un proceso de diagnóstico clínico o que tenga fines terapéuticos. De manera concomitante, autorizo al Hospital de la Mujer, en pleno conocimiento y ejercicio de mis facultades la realización de un tamizaje para ansiedad, depresión y riesgo de suicidio, con el objetivo de que la División de Enseñanza e Investigación realice la planeación de acciones necesarias para elevar el nivel de bienestar de las y los médicos residentes en la Unidad. Los resultados se mantendrán de manera confidencial en todo momento y, en el caso del tamizaje, no impactan en el proceso de selección.

Para la evaluación psicométrica de la UNAM, doy fe de que me encuentro en buen estado de salud y me siento adecuadamente descansado (a) para realizar esta evaluación psicológica, asimismo le he comunicado previamente al o a la profesional a cargo, de cualquier situación (emocional, familiar o personal) que considere puede afectar mi desempeño.

Entiendo que los datos de mis exámenes o del tamizaje no me serán entregados y que se proporcionarán exclusivamente a la jefatura de Enseñanza e investigación del Hospital de la Mujer para ser utilizados en el proceso de selección. Ninguno de mis resultados podrá ser consultado públicamente.





## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### Manifiesto:

- 1) Que mi aceptación es libre y voluntaria para participar en proceso de selección de aspirantes a residencias médicas del Hospital de la Mujer.
- 2) Que me han sido explicadas y comprendo perfectamente las condiciones generales de participación y evaluación presencial y en línea mencionadas en este documento.
- 3) Que la información que le brindo al psicólogo (a) es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las decisiones de la selección.
- 4) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

**Atentamente,**

**Nombre completo:**

**Curso de especialización:**

**CURP:**

**Correo electrónico:**

**Lugar y fecha:**

**Firma:**

(autógrafa y con tinta azul)

---

---

---

---

---

---