



Fecha: _____

A quien corresponda:

Por este medio se hace constar que: _____

asistió a sus: _____ sesiones, mostrando un avance en: _____

_____ obteniendo así

su alta del programa de atención psicológica en el Instituto Municipal de
Prevención del Adolescente.

En caso de reincidencia, se contará con el apoyo de la institución para su
adecuado seguimiento.

Nombre y Firma de paciente

Nombre y firma de madre o padre

Nombre y firma del terapeuta