



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