

Servicios Escolares De La Salud Mental

Forma De Consentimiento Del Padre/Tutor Legal

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Num. De Telefono (Casa): _____ Trabajo/Celular: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

He leído y entiendo los servicios ofrecidos en _____
Entiendo además que los servicios autorizados por mi/o nuestra firma en este formulario
podrían incluir lo siguiente:

- Salud mental psicológica y evaluación de comportamiento
- Asesoramiento individual, familiar y en grupo
- Evaluaciones en casa/visitas
- Consulta de salud mental para maestros, administradores y personal
- Evaluación de intervención durante una crisis o una amenaza
- Colaboración con organizaciones y agencias comunitarias
- Educación para la salud

Yo/nosotros autorizamos a un/a trabajador(a) social para proporcionar el tratamiento necesario o aconsejable para mi hijo/a. Este estudiante tiene mi/nuestro permiso para recibir todos los servicios ofrecidos en el Programa AC²T.

Este consentimiento es válido para la duración que el alumno está inscrito en el Programa AC²T en el sitio _____ .

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____