

## 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 AC<sup>2</sup>T.

Este consentimiento es válido para la duración que el alumno está inscrito en el Programa AC<sup>2</sup>T en el sitio \_\_\_\_\_ .

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_