



Consentimiento General para  
Servicios de Gateway To Success (GTS)

GTS Use Only  
ID#: \_\_\_\_\_

**Información del Cliente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa : \_\_\_\_\_

**Información del Padre/Tutor Legal/Proveedor de Cuidado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Mejor teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Todas las declaraciones necesitan ser repasadas y aprobadas con las iniciales del Padre/Tutor. Padre/Tutor marca sus iniciales en el primer paréntesis y el cliente marca sus iniciales en el segundo paréntesis (si el cliente tiene 12 años o más). Algunos permisos son requeridos para poder iniciar los servicios. Sólo UN Padre/Tutor por formulario de consentimiento.

1. [ \_\_\_ ] [ \_\_\_ ] Yo otorgo permiso para que Gateway To Success proporcione cualquiera de los servicios de apoyo enlistados a continuación, excepto como indicado, a mi hijo(a). Esto incluye consentimiento para cualquiera de los siguientes, cuando lo aconseje o recomiende el designado de GTS:

- Servicios de salud mental, incluyendo evaluación y terapia
- Educación psicológica-educativa y consejería en grupos pequeños
- Educación de salud y bienestar
- Apoyo académico y de manejo de comportamiento
- Referencias para servicios de terapia a agencias designadas de salud mental (incluyendo la revelación de información de seguro médico y/o número de seguro social y información demográfica del cliente)

Excepto YO NO quiero que mi hijo(a) reciba los siguientes servicios de la lista anterior:



2. [ \_\_\_ ] [ \_\_\_ ] Yo entiendo que para que mi hijo(a) reciba servicios de salud mental basados en la escuela, mi hijo(a) será visto durante el tiempo de instrucción dentro del

día escolar. Yo entiendo que cualquier asignaciones que mi hijo(a) se haya perdido durante la clase pueden ser solicitadas para recuperarlas. Yo entiendo que el terapeuta/proveedor de mi hijo(a) es responsable de asegurarse que mi hijo(a) no haya sido marcado ausente durante el tiempo de terapia.

3. [ \_\_\_ ] [ \_\_\_ ] Yo entiendo que mi consentimiento solamente cubre los servicios proporcionados a través de GTS en base voluntaria. Yo entiendo que puedo cambiar de opinión posteriormente y decidir que no quiero que mi hijo(a) reciba servicios a través de GTS y notificar a la escuela de mi hijo(a) de mi decisión. Yo entiendo que este consentimiento permanece válido hasta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ o hasta que GTS reciba una revocación por escrito de mi parte.
4. [ \_\_\_ ] [ \_\_\_ ] Yo entiendo que para proveer la más alta calidad de servicios, las sesiones pueden ser grabadas en audio/video y revisadas por supervisores clínicos y practicantes clínicos para propósitos de entrenamiento. Sólo el practicante será grabado en video, aunque se pueda escuchar la voz de su hijo(a). GTS considera que este compromiso al entrenamiento garantiza la mejor calidad de los servicios.

---

**Cuando el Padre/Tutor independientemente inicia servicios a través de una agencia externa (no por medio de GTS):**

[ \_\_\_ ] [ \_\_\_ ] Yo entiendo que \_\_\_\_\_ (Agencia) necesitará intercambiar información con GTS y la escuela de mi hijo(a). Yo otorgo permiso para que mi hijo(a) sea visto durante tiempo de instrucción dentro del día escolar para servicios de salud mental.

---

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*El cliente debe firmar el consentimiento si tiene 12 años o más*

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_