



## 成功之路服务同意书

艾罕布拉联合学区和成功之路课程为学生提供资讯服务和其它社交/情绪控制支持。请仔细阅读此表并提供必要的资讯以便让您孩子在学校获得健康方面的服务。

### 学生/患者资讯

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

手机: \_\_\_\_\_ 住宅电话: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 家长/法定监护人/照护者资讯

姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

住宅电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_ 办公电话: \_\_\_\_\_

1. 我授权成功之路向我孩子提供以下服务项目，有注明的除外。这包括成功之路课程负责人建议时同意以下任何一项:

- 精神健康服务，包括检查、测试及辅导
- 心理教育和小组辅导
- 教育健康与健康体
- 精神健康服务，包括检查、测试及辅导
- 向指定精神健康单位推荐以进行辅导服务(包括保险/或社会安全号码)：

\_\_\_\_\_

*如果您不想孩子接受一至两项上述服务，请指出*

2. 我知道，我同意的只是成功之路课程提供的服务而且是自愿的。我知道，之后我可改变我原来的决定并不让我孩子接受成功之路课程的服务。我一旦改变主意，将以书面形式，寄信或告知成功之路负责人或学校考勤人员知道或寄信到: Gateway To Success 1515 West Mission Rd., Alhambra, ra CA 91803. 我知道，这份同意书有效期到\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 或直到成功之路课程收到到我的书面撤销决定时为止。
3. 我知道，为了提供最高质量的服务会议内容可能进行录音/录像并由医疗主管人员和咨询专家进行审阅以便进行培训目的。只有intern是录像的对象，即使已听过您孩子的声音。成功之路小组认为，这个培训宗旨最能确保最高质量的服务。

家长/监护人姓名签名: \_\_\_\_\_

正楷写名字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_

与学生之关系: \_\_\_\_\_