



Consentimiento para Servicios de Gateway To Success

El programa Gateway To Success del Distrito Escolar Unificado de Alhambra provee servicios de consejo para estudiantes con necesidad un apoyo adicional social/emocional. Por favor lea esta forma detenidamente y proporcione toda la información solicitada para permitir que su hijo/a reciba servicios de salud en la escuela.

Información del Estudiante/Cliente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Casa: _____ Correo electrónico: _____

Información del Padre/Tutor Legal/Cuidador

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

1. Yo otorgo permiso para que Gateway To Success proporcione cualquiera de los servicios de apoyo enumerados a continuación, excepto como indicado, a mi hijo/a. Esto incluye consentimiento para cualquiera de lo siguiente, cuando lo sugiera o recomiende el designado de Gateway To Success:
- Servicios de salud mental, incluyendo revisión, evaluación y consejería
 - Educación psicológica-educativa y pequeños grupos de consejo
 - Educación de salud y bienestar
 - Apoyo académico y manejo de comportamiento
 - Referencias para servicio de consejo a designadas agencias de salud mental (incluidos el seguro y/o número de seguro social)

Excepto YO NO quiero que mi hijo/a reciba los siguientes servicios de la lista superior:

Si usted no desea que su hijo/a reciba uno o más de los servicios previos, por favor escribalos aquí.

2. Comprendo que mi consentimiento solamente cubre los servicios proporcionados por Gateway To Success en base voluntaria. Comprendo que puedo cambiar de opinión posteriormente y decidir que no quiero que mi hijo/a reciba los servicios de Gateway To Success. Si cambio mi opinión, le informaré por escrito al designado de Gateway To Success u oficial escolar enviando una carta a la escuela de asistencia de mi hijo/a o a la oficina del distrito Atención: Gateway To Success 1515 West Mission Rd., Alhambra CA 91803. Comprendo que este consentimiento será valido hasta el ____/____/____ o hasta que Gateway To Success reciba una revocación por escrito de mi parte.
3. Comprendo que para proveer la más alta calidad de servicios, las sesiones pueden ser grabadas y revisadas por supervisores clínicos o internos con el propósito de entrenamiento. Solamente será grabado el interno, sin embargo la voz de su hijo/a se escuchará. El equipo de Gateway To Success considera que este compromiso al entrenamiento garantiza la mejor calidad de los servicios.

Firma del Estudiante: _____ Date: _____

Nombre en Letra de Molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El estudiante debe firmar el consentimiento si tiene 12 años o más.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____ Relación: _____

FORM A