

学生姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

学校名称: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_ 学号: \_\_\_\_\_

「迈向成功之路 (GTS)」是阿罕布拉联合学区的其中一项计划。GTS 目标是为学生提供心理辅导服务，对学生在社交情感上给予支援，以使他/她们在教育环境中取得成功。

本人同意接受由 GTS 提供的任何服务，这包括 GTS 指定人员的建议或推荐，与及下列任何一项服务：

- 心理健康辅导包括：评估、个人心理辅导、或小组活动
- 健康和心理教育机会(研讨会、网络研讨会、正念等)
- 学术和行为管理支持
- 根据需要与学生联系
- 将治疗服务转介给指定的心理辅导机构(包括：公开学生家庭资料、及/或医疗保险资料、和社安号码) 如下：

**您在此表格上的签名，表明您知道并同意**

本人明白，心理健康辅导是由实习辅导员、大学毕业生、或研究生等实习生于学校上课期间，在校内由持有执照的心理健康专业人员的监督下，提供心理健康辅导。我理解实习生出于学习/教育目的与他/她的主管分享信息，包括文档、评估、音频/视频观察。

我进一步认识并理解，在辅导期间披露的所有信息都是保密的，未经本人书面同意，不得向阿罕布拉联合学区 GTS 以外的任何人士披露。除法律要求(亦即，有合理怀疑虐待儿童或老年人、以及当事人对他/或她自己、他人或财产构成严重危险)。GTS 人员为了学校的安全，可以与学校行政人员分享涉及学校社区内的安全问题。

本人明白，为了我孩子的最佳利益，有这时候，GTS 可能会向学生的老师、学校心理学家、学生教育顾问、护士、或行政人员透露某些信息。在这种情况下，我允许 GTS 向学校人员发布信息，包括以口头和电子方式透露孩子正在学校接受心理辅导。GTS 的工作人员都是专业人士，都会以孩子的最大利益作为指导原则。

我理解 GTS 可能需要学生的教育记录及资料，当中包括联系信息、出勤纪律、行为纪律、课程表、成绩单、健康和特殊教育记录，与及测试结果，以便更好地评估特殊需求、协调护理、提供治疗或转介服务、和/或就已提供的服务进行评估。

我知道心理健康辅导的成效和我孩子的进步，可以通过治疗前/治疗后的测试来监察。评估工具可用于确定治疗目标、计划和进展程度。

我明白，为了培训目的，实习生和临床导师会对辅导过程进行音频/视频的录制和审核。我们在录制过程中只会摄录实习生，尽管如此，辅导对象的声音也会被同时录下来。

