

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE MUSCLE SHOALS
Adhesión a los servicios de salud mental y servicios de consejería escolar
continuos

NOMBRE DEL MENOR EN IMPRENTA: _____ **GRADO:** _____

MAESTRO/AULA: _____

Confirmando la recepción de la notificación anual de servicios de salud mental y consejería escolar, y los servicios de consejería escolar continuos provistos por las Escuelas de la Ciudad de Muscle Shoals.

A la fecha de mi firma a continuación, mi hijo/a (mencionado/a anteriormente) es menor de 14 años:

- Sí
- No

Si la respuesta es No, deténgase aquí. No se necesita para niños menores de 14 años.

Si la respuesta es Sí, continúe abajo.

Por la presente otorgo mi permiso para que mi hijo/a participe en los siguientes servicios de salud mental o servicios de consejería escolar continuos que requieran un terapeuta de salud mental u otro profesional de la salud mental con licencia, si se considera necesario y apropiado por parte del personal escolar.

[Marque el casillero para cada servicio de salud mental que quiere que se encuentre disponible para su hijo/a]

- Terapia o consejería individual o grupal continuos:** provista por terapeutas de salud mental u otros profesionales de la salud mental con licencia
- Evaluaciones o encuestas formales administradas por profesionales de la salud mental con licencia:** Incluye cuestionarios provistos a los estudiantes relacionados con conductas sociales, sentimientos, etc.
- Intervención en crisis:** asistencia inmediata por parte de un profesional de la salud mental para una situación específica (a menos que se necesite intervención inmediata para proteger la salud y seguridad del estudiante u otros).
- Salud mental basada en la escuela:** Servicios de consejería continuos que son terapéuticos por parte de profesionales escolares o proveedores privados en el entorno escolar. [Nota: Se obtendrá el permiso del padre o tutor legal durante una reunión de admisión antes de brindar los servicios.]

Puede revocar su autorización para que un estudiante participe de servicios de salud mental o servicios de consejería escolar continuos en cualquier momento, enviando una notificación por escrito a la administración de la escuela.

FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____ **FECHA:** __/__/__