

## Gateway DAEP Form de Permiso Para Soporte

Entiendo que los servicios consejeros de la escuela son designados para que los estudiantes tengan exito en las areas de academia, socializacion y emocional. Servicios general de la escuela asegura proveer un instrumento garantizando para una educacion efectiva y socializacion de su hijo/a dentro de la comunidad escolar ofreciendo mas oportunidad para tener exito. Tambien con tal que, bien entendido que estos servicios no son prometidos ser sustituto de dignostico o tratamiento de cualquier desorden mental de salud. Yo entiendo que es mi responsilidad determinar si necesitan servicios adicionales o diferente como sean necesario.

Para establecer confianza con el estudiante el consejero/a escolar guardara informacion confidencial, con posibilidad de unas excepciones: Las excepciones son requeridas por las leyes del estado.

- Si el estudiante revela de abuso o negligencia de nino/a
- Si el estudiante revela informacion sobre un mayor o dependiente abuso por un adulto
- Si el estudiante revela informacion de correr peligro de otros, sabe de un plan que cause un dano significado a otra persona, propiedad, o a si mismo

El consejero/a le dara cuenta al estudiante de los limites de confianza y le informara al estudiante cuando se pueda compartir informacion. La consejera de servicios no incluire imformacion academica. Si usted quiere que el consejero comparta informacion con un tercer partido, tal como consejero de comunidad, psiquiatra, asistente social o pediatra necesitara que firmar una forma adicional.

Esperamos que sue hijo/a disfrute y aproveche los servicios que ofrecemos, y les pedimos que nos llamen ,cuando tengan preguntas de o interes del programa o si desea un reporte sobre el progreso de su hijo/a. .

Le saluda cordialmente,  
Carolyn Green, LCDC, LSW

Numero \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Campo \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padres/guardian legal de \_\_\_\_\_ . Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con los terminos del consentimiento de School Counseling Informed.

Por favor marque uno:

\_\_\_\_ Doy permiso que mi hijo/a reciba servicios consejeros con BISD durante el ano escolar de 2013-1014. Entiendo que se puede terminar mi consentimiento a cualquier tiempo firmando una nota con la fecha terminacion de servicios.

\_\_\_\_ Yo elijo declinar servicios consejeros para mi hijo/a a este tiempo. Entiendo que estos

servicios se pueden recibir a petición en el futuro.

Padre/Guardian (firma) \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefono del dia \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_