



**Formulario de Notificación/Consentimiento de los
Padres/Guardianes**
Servicios de Salud Mental Co-located

Co-Located Mental Health es un programa a través de seguro médico

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: _____

GRADO: _____

CORREO ELECTRONICO DE PADRE/GUARDIÁN: _____

TELÉFONO DE GUARDIÁN: _____

CORREO ELECTRONICO DE ESTUDIANTE: _____

TELÉFONO DE ESTUDIANTE: _____

NOMBRE DE PROVEEDOR DE SEGURO (si corresponde): _____

Yo, _____ (su nombre) entiendo que un representante de la agencia se pondrá en contacto conmigo y con mi hijo(a) para hablar del proceso de remisión que puede incluir, si yo estoy de acuerdo, una fecha y hora para una cita de admisión, que consistirá en una evaluación/examen clínico exhaustivo.

Yo, _____ (su nombre) por lo tanto, concedo permiso para que la agencia de Salud Mental Co-Localizada asignada utilice la información adjunta y el formulario de autorización de la Escuela del Condado de Orange como parte del proceso de remisión para determinar la pertinencia de los servicios de salud mental.

Nombre impreso de Padre/Guardián: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____