



Consentimiento de los padres para terapia por empleados de las escuelas públicas que no son del condado de Frederick

Mental Health Services

Frederick County Public Schools
191 South East Street
Frederick, Maryland 21701

Form #069-F01S
May 2023

Forma Clara

Yo, (padre/tutor) _____, por la presente concedo el permiso para mi hijo(a), (nombre) _____ que sea disculpado(a) de la clase para reunirse con su terapeuta, en persona en el edificio de la escuela. Tengo entendido que mi hijo(a) se reunirá con:

Escriba Nombre del terapeuta y la agencia

Entiendo que mi hijo(a) es responsable de completar todo el trabajo que se pierde durante cualquier ausencia de clase. La falta de recuperación de las tareas perdidas se reflejará en sus calificaciones. Entiendo que la participación de mi hijo(a) en este servicio es voluntaria y no es requerida por las Escuelas Públicas del Condado de Frederick. Cualquier obligación financiera incurrida como resultado de recibir estos servicios en la escuela es responsabilidad exclusiva de los padres/tutores.

Además, al firmar este formulario de consentimiento, doy permiso para una comunicación de dos-vías entre el terapeuta/psiquiatra/enfermera practicante de mi hijo(a) y el personal escolar apropiado (administradores, maestros, consejero escolar, coordinador de CASS) para compartir información pertinente y coordinar servicios. La información pertinente puede incluir, pero no se limita a: Registros de asistencia escolar, informes de comportamiento, calificaciones/boletas de calificaciones, pruebas psicológicas, así como planes de tratamiento, planes de educación individualizado, Sección 504 y escalas de calificación de comportamiento.

Escriba nombre y agencia del psiquiatra/Enfermera practicante

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Terapeuta: _____ Fecha: _____

Este consentimiento expira el 1 de agosto de 2024.

Sin embargo, como padre/tutor, puedo terminar/cancelar los servicios en cualquier tiempo notificando directamente al terapeuta.