Parental Consent for MH/Behavioral Services
PERMISO DE PADRES PARA
SERVICIOS DE SALUD MENTAL/COMPORTAMIENTO
HEAD START

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de escuela: _____

Doy permiso para que el coordinador de salud mental de Head Start prepare información sobre mi hijo para asistir en el desarrollo en proveer las actividades en sus clases que le ayudarán en su desarrollo social-emocional. Parte de este proceso puede incluir reviso de sus documentos de Head Start, consultación con el personal de Head Start, información sobre el función en sus clases, pedir a sus padres y personal escolar que completan amillaramiento social-emocional del estudiante, observando el niño en su clase y intervenciones de comportamiento positivo. Entiendo que el coordinador de salud mental será un profesional de salud mental empleado por Head Start.

Si este coordinador piensa que my hijo puede tener beneficio de servicios de salud mental, me contactarán para discutir estos servicios. Si el coordinador recomienda desarrollo de un plan individuo de guía para mi niño en su clase, me invitarán para participar en su desarrollo.

Entiendo que toda la información congregada por el coordinador será entretenida en confianza y no se puede usar sin mi permiso por escrito. Este permiso es válido durante el tiempo que mi niño esta en el programa de Head Start. Este permiso es voluntario y lo puedo renunciar a cualquier tiempo por escrito.

_____ _____

Firma de Padre(s) Date

_____ _____

Firma de Date

2011