

Formulario de Consentimiento del Padre

Se solicita su permiso para que su hijo participe en actividades de consejería o individual en la escuela de HAST. Los grupos se reunirán dos veces por semana los martes y jueves durante la hora de almuerzo de su hijo/a. Los servicios de consejería individual serán manejados directamente con los maestros. Trataremos de organizarlo para que la participación en las sesiones de consejería individual no interfiera con sus clases o afecte las calificaciones de su hijo de cualquier manera.

Debido a que el asesoramiento se basa en una relación de confianza entre el consejero y el cliente el terapeuta mantendrá confidencial la información compartida por los estudiantes, excepto en ciertas situaciones en las que existe la responsabilidad ética de limitar la confidencialidad. En las siguientes circunstancias, usted como guardián será notificado.

- Si el estudiante revela información sobre lastimarse a sí mismo o otra persona.
- Si el niño/a revela información sobre abuso infantil.
- Si el niño/a revela información sobre actividades criminales.

Al dar su consentimiento para que su hijo/a participe en consejería individual o en grupo. Entiendo que...

- Los grupos proveerán una oportunidad para que los miembros aprendan y practiquen habilidades interpersonales. Comente sentimientos, comparta ideas, practique nuevos comportamientos y haga nuevos amigos.
- Cualquier cosa que los miembros del grupo compartan en grupo será mantenida confidencial por el líder del grupo excepto en los casos mencionados.

Parent/Guardian _____ Date _____

Parent/Guardian _____ Date: _____

Student _____ Date: _____

Favor de llenar con respecto a su hijo/a

Madre _____ ☐ Edad _____ ☐ Año fallecido _____

Padre: _____ ☐ Edad _____ ☐ Año fallecido _____

Por favor enumeree todas los hermanos de mayor a menor. Por favor incluya al estudiante en la lista.

<i>Hermanos</i>	<i>Masculino o Femenino</i>	<i>Edad</i>	<i>Commentarios</i>

Problemas de salud actuales _____

Lista de medicamentos actuales _____ Dosis _____

Nombre del Médico _____ Teléfono # _____

¿Ha buscado consejería para el niño/a en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Nombre del (los) terapeuta (s) _____

¿Alguna vez ha tenido sido hospitalizado por un problema psiquiátrico? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a un intento de suicidio? ☐ Sí ☐ No

Describa la principal preocupación que le trae a la consejería: _____

Por favor, marque cualquiera de las siguientes opciones que pueden aplicar a su hijo/a:

- ☐ Humor Deprimido ☐ Interés perdido en las actividades ☐ Fatiga ☐ Preocupación excesiva
☐ Perspectiva negativa ☐ Dolor/Pérdida ☐ Sentimientos culpables ☐ Hiperactivo
☐ Problemas de alimentación ☐ Problemas de sueño ☐ Ansiedad ☐ Quejas físicas
☐ Ataques de pánico ☐ Miedos ☐ Cambios de humor ☐ Acciones Compulsivas
☐ Concentración deficiente ☐ Pensamientos de suicidio ☐ Pensamientos obsesivos