



# Daleville City Schools

626 N. Daleville Ave.  
Daleville, AL 36322  
Phone: 334-598-2456  
Fax: 334-598-9006



Joshua Robertson  
Superintendent

Ted Folsom  
Assistant Superintendent

## OPTAR PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En la fecha de mi firma a continuación, mi hijo(a), \_\_\_\_\_,  
es menor de 16 años:

- Si
- No

Si la respuesta es NO, deténgase aquí.

Si la respuesta es Sí, continúe abajo.

Por lo presente doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en los siguientes servicios de salud mental:

- Evaluaciones/encuestas** – Incluye cuestionarios proporcionados a los estudiantes con conductas sociales, sentimientos, etc.
- Intervencion en crisis** - asistencia inmediata y a corto plazo brindada por el consejero escolar o un profesional para una situación específica.
- Salud Mental en la Escuela** -servicios de consejería continua brindados por profesionales escolares o por terapeutas privados dentro del entorno escolar.. [Nota: La mayoría de los sistemas escolares obtienen permiso por escrito para la consejería individual dentro de la escuela, y seguirán haciéndolo. Si ese es el caso, usted puede agregar el siguiente lenguaje a este párrafo: Se obtendrá el permiso del padre, madre, o tutor legal durante una reunión de admisión antes de que se brinden los servicios.]

Usted puede retirar su permiso para que el estudiante participe en los servicios de salud mental en cualquier momento, proporcionando un aviso por escrito a la administración escolar. [Nota: Los sistemas escolares que deseen que los padres entreguen el aviso a una persona en particular simplemente deben insertar el título de esa persona en lugar de “administración escolar” (i.e., directora, consejera escolar, etc.)].

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padres o Tutores

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Tutores

Fecha: \_\_\_\_\_

