



UMATILLA MORROW HEAD START, INC.

PERMISO DE PADRES PARA CONSULTA DE SALUD MENTAL

Yo doy mi permiso para que el consultante de salud mental de Umatilla-Morrow Head Start reúna información acerca de _____ para la ayuda en el desarrollo y para proveer actividades planeadas y apoyo en el salón de clase que aliente el desarrollo social-emocional positivo. Esto puede incluir repasar el legajo de su del archive de Head Start, consultar con el personal de Head Start, pedirle al personal de Head Start que reúna información acerca de los actos en el salón de clase de el/ella, pedirle a los padres y al personal que completen inventarios de evaluaciones sociales-emocionales, y observar a el/ella en el salón de clase. Yo entiendo que el consultante de salud mental será un profesional de salud mental del personal o de una agencia que el Umatilla-Morrow Head Start tenga un acuerdo dentro de la agencia.

Si el profesional de salud mental recomienda el desarrollo de un plan de guía pro social individualizado para el/ella en el salón de clase, a mi se me invitara para participar en este acontecimiento.

Si el profesional de salud mental siente que el/ella se pueda beneficiar servicios de tratamiento de salud mental, ellos se reunirán conmigo para discutir una posible referencia. Una referencia por parte de Head Start para servicios de tratamiento de salud mental solamente se puede hacer con un permiso escrito de mi parte.

Yo entiendo que toda la información copilada por el consultante de salud mental se mantendrá en forma confidencial y solamente puede ser liberada con un permiso por escrito de mi parte.

Nombre del Niño (Favor de usar Letra de Imprenta)

Firma de Padres

Fecha

Nombre de Padres con Letra de Imprenta

Firma del Personal

Fecha

Yo quiero hacer arreglos para una junta con el consultante de salud mental para discutir la información reunida.

Si ____ Inicial
 No ____ Inicial